

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y PERFIL
EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD, MICRO RED ALTO
SELVA ALEGRE, ENERO- FEBRERO 2017”

Tesis presentada por la Bachiller:

Raysa Araceli Navarro Curo

Para optar el Título de Médico Cirujano.

Asesor de Tesis:

Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez

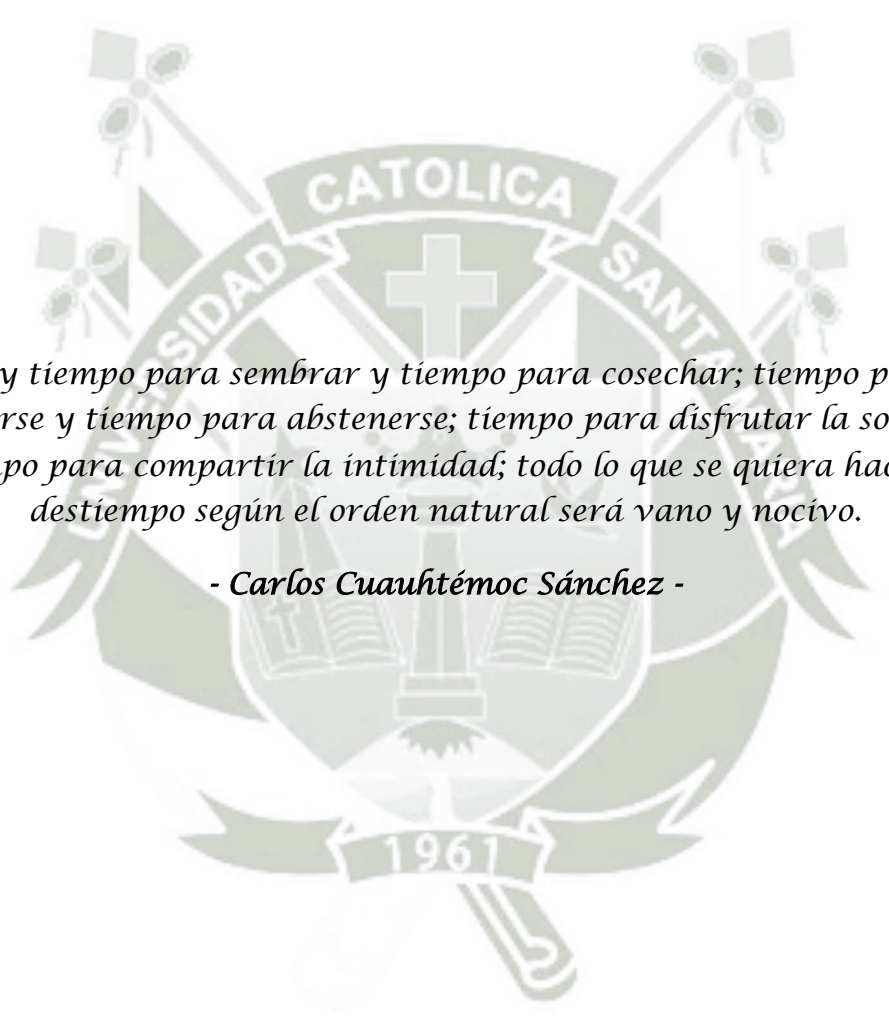
AREQUIPA - PERÚ

2017

*A Dios, padre celestial y María Auxiliadora; por tenerme
siempre bajo su protección, gracias por ser
luz en mi camino.*

*Con todo mi amor e inspiración a mis padres, Darío y Bertha;
ambos con el esfuerzo conjunto de su trabajo, sus sacrificios,
sus consejos y su amor incondicional, permitieron
que me encuentre hoy en esta
hermosa carrera.*

*A mi hermana, Mayra; gracias por acompañarme durante toda
mi etapa universitaria, siempre cuidaste de mí
en esa forma tan peculiar tuya.*



Hay tiempo para sembrar y tiempo para cosechar; tiempo para abrazarse y tiempo para abstenerse; tiempo para disfrutar la soledad y tiempo para compartir la intimidad; todo lo que se quiera hacer a destiempo según el orden natural será vano y nocivo.

- Carlos Cuauhtémoc Sánchez -

ÍNDICE GENERAL

RESÚMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
MATERIALES Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II	
RESULTADOS	12
CAPÍTULO III	
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	42
CAPÍTULO IV	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	50
BIBLIOGRAFÍA	53
ANEXOS	
ANEXO 1.....	58
Proyecto de Tesis.....	59
Solicitud de permiso	91
Consentimiento Informado	92
Instrumento de recolección.	94
ANEXO 2.....	96
Matriz de sistematización de datos:	97

RESÚMEN

La etapa gestacional no está exenta de la aparición patologías psiquiátricas, por ende éstas deben ser identificadas o alertadas por profesionales de la salud del primer nivel de atención.

El presente trabajo de investigación determinó el nivel de conocimientos sobre Síntomas de Depresión Gestacional basados en la Escala de Edimburgo e identificó el perfil epidemiológico del profesional de la salud de la Micro Red Alto Selva Alegre en el periodo Enero-Febrero 2017.

Para ello, se realizó un estudio básico, descriptivo y transversal, donde se entrevistó a 90 profesionales de la salud que se encontraban trabajando en los establecimientos de salud entre el 27 de Enero y el 11 de Febrero del 2017. A cada participante se le aplicó un cuestionario de recolección de datos y un cuestionario modificado según la escala de Edimburgo. Se determinó la relación entre las variables de estudio según el nivel de conocimiento mediante la prueba de χ^2 según el tipo de variable.

Se encontró que el 63.3% presentó un nivel de conocimientos inadecuado sobre síntomas de depresión gestacional. Se identificó además el perfil epidemiológico, donde el 38,9% tenía entre 42-50 años, el 80% estuvo conformado por una población femenina, 62,2% eran casados, 65,6% contratados, un 75,9% trabajó más de 6 meses y un 27,8% de población estuvo conformada por licenciadas en enfermería. Además se determinó que el perfil epidemiológico no tuvo relación significativa con el nivel de conocimientos.

De esta investigación se concluye que el nivel de conocimientos de los profesionales de la salud evaluados fue inadecuado, lo cual nos da un panorama de la realidad del sector salud en cuanto a la detección precoz de síntomas de depresión en el embarazo, por lo que es importante poner énfasis al desarrollo de programas de capacitación y creación de protocolos de detección precoz de depresión en gestantes en los centros del primer nivel de atención.

Palabras clave: Nivel de conocimiento, depresión gestacional, primer nivel de atención.

ABSTRACT

The gestational stage is not exempt from the appearance of psychiatric pathologies, therefore these must be identified or alerted by health professionals of the first level of care.

The present investigation determined the level of knowledge about Gestational Depression Symptoms based on the Edinburgh Scale and identified the epidemiological profile of the health professional of the Micro Red Alto Selva Alegre in the period January-February 2017.

For this, a basic, descriptive and cross-sectional study was carried out, where 90 health professionals who were working in health facilities were interviewed between January 27 and February 11, 2017. Each participant was applied A data collection questionnaire and a questionnaire modified according to the Edinburgh scale. The relationship between the study variables according to the level of knowledge was determined using the χ^2 test according to the type of variable.

It was found that 63.3% presented an inadequate level of knowledge about symptoms of gestational depression. The epidemiological profile was also identified, where 38.9% were 42-50 years old, 80% were female, 62.2% were married, 65.6% were employed, 75.9% worked more Of 6 months and 27.8% of the population was made up of graduates in nursing. In addition, it was determined that the epidemiological profile had no significant relationship with the level of knowledge.

This research concludes that the level of knowledge of health professionals evaluated was inadequate, which gives us an overview of the reality of the health sector in the early detection of symptoms of depression in pregnancy, so it is It is important to emphasize the development of training programs and the creation of protocols for the early detection of depression in pregnant women in centers of the first level of care.

Key words: Level of knowledge, gestational depression, first level of care.

INTRODUCCIÓN

Las mujeres presentan con mayor frecuencia alteraciones del estado de ánimo, las cuales vienen involucradas por cambios cíclicos hormonales que se relacionan con la modulación de neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y GABA, que son considerados reguladores del estado de ánimo.

Dichos trastornos anímicos en la actualidad toman mucha importancia, dado que su afección se extiende a la mayor parte del grupo etéreo y no hace excepción con la etapa reproductiva de la mujer. En esta etapa, se encuentra, el embarazo, condición típicamente descrita como un evento alegre en la vida de una mujer por la llegada de un nuevo ser y es que debería ser así, pero es conocido que el embarazo es una etapa de adaptación a la maternidad, la cual involucra cambios fisiológicos y emocionales que podrían desencadenar manifestación de patologías psiquiátricas ocultas.

Una gestante con un diagnóstico temprano de patología depresiva, será la clave para un tratamiento adecuado y oportuno, en beneficio no sólo de su persona, sino del nuevo ser, dado que hay numerosas investigaciones que afirman que una depresión no tratada, ocasiona alteraciones en el nuevo ser a corto y largo plazo. El diagnóstico precoz de trastornos depresivos en la etapa gestacional, se realizará gracias a los profesionales de la salud que laboran en el primer nivel de atención, son ellos el primer contacto de las pacientes gestantes, los cuales deben identificar estas alteraciones.

En nuestra realidad se prioriza la salud física de la gestante, contamos con protocolos de atención, todos ellos enfocados en la detección de patologías físicas que pongan en riesgo la salud de la gestante y del nuevo ser; sin embargo la realidad actual exige que llevemos estos programas a un mayor nivel de integralidad y tener en cuenta no solo el aspecto biofísico, sino también el componente psicológico y el entorno social; tomar consciencia de que los trastornos depresivos deben ser considerados dentro de estos protocolos.

En esta investigación se encuestó a profesionales de la salud del primer nivel de atención de una Micro Red de la ciudad de Arequipa, los resultados obtenidos nos

permitieron brindar un pequeño panorama, de realizar un estudio más amplio a nivel de Redes de Salud Regional o a nivel Nacional nos podría acercar más a la realidad sobre el nivel de conocimientos sobre síntomas de depresión en gestantes en el primer nivel de atención.





CAPÍTULO I

MATERIALES Y MÉTODOS

CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS

TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

- En este estudio se aplicó encuestas como técnica de trabajo.

1.2. Instrumentos

- Ficha de recolección de datos: Que incluyó datos como la edad, sexo, estado civil, profesión, tiempo de servicio en el establecimiento de salud, condición laboral del profesional y establecimiento de salud al cual pertenece en el distrito de Alto Selva Alegre.
- Cuestionario adaptado según la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS): Se tomó como base la EPDS, obtenido de la British Journal of Psychiatry. La EPDS se diseñó para la detección de depresión en la etapa perinatal, consta de 10 preguntas con cuatro alternativas cada una. En esta investigación se realizó la modificación de los enunciados para que éstos puedan ser aplicados al profesional de la salud, se colocaron dos alternativas concretas para medir la identificación de los síntomas de depresión mencionados en cada enunciado.

1.3. Materiales de Verificación

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadísticos.

CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

El estudio se realizó en los seis establecimientos de salud pertenecientes a la Micro Red de Alto Selva Alegre (C.S. de Alto Selva Alegre, C.S. Apurímac, C.S. Independencia, P.S. Leones del Misti, P.S. San Juan Bautista, P.S. Héroes del Cenepa).

2.2. Ubicación temporal

El estudio se realizó en los meses de Enero - Febrero del año 2017.

2.3. Unidades de estudio

Profesionales de salud que laboran en los Establecimientos de Salud pertenecientes a la Micro Red Alto Selva Alegre - Arequipa.

2.3.1. Población

La población estuvo conformada por todos los profesionales de la salud que laboran en los Establecimientos de Salud de la Micro Red Alto Selva Alegre durante el periodo de estudio.

2.3.2. Muestra

Se trabajó con una población finita, por lo cual la técnica muestral fue no probabilística intencional, debido a que la población fue alcanzable. La muestra estuvo conformada por 90 profesionales de la salud, que representan el 97.8% de la población, distribuidos de la siguiente manera*:

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	POBLACIÓN	MUESTRA
C.S. de Alto Selva Alegre	25	23
C.S Apurímac	13	13
C.S. Independencia	25	25
P.S. Leones del Misti	8	8
P.S. San Juan Bautista	7	7
P.S. Héroes del Cenepa	14	14
TOTAL:	92	90

* Tabla de la distribución de la población y muestra. Fuente propia

2.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.4.1. Criterios de Inclusión

- Profesionales de la salud encargados de la atención directa a pacientes gestantes que acudan a sus controles prenatales.
- Profesionales de la salud que pertenecen a los establecimientos de salud de la Micro Red de Alto Selva Alegre.
- Profesionales de la salud que aceptaron la participación en la investigación, firmando el consentimiento informado.
- Profesionales de la salud que se encuentren laborando en los meses de enero-febrero del 2017.

2.4.2. Criterios de exclusión

- Profesionales de la salud que estén de vacaciones durante la realización de las encuestas.
- Profesionales de la salud que estén con licencia (goce de haberes, lactancia materna o descanso médico) durante la realización de las encuestas.
- Profesionales de la salud en calidad de Médicos Destacados que realicen especialidad fuera del establecimiento de salud.
- Profesionales de salud que rechacen la participación en el estudio.
- Profesionales de la salud que se encuentren cubriendo turnos y no pertenezcan a la Micro Red de Alto Selva Alegre.

ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Se presentó una solicitud de permiso al Director de la Micro Red Alto Selva Alegre, para la realización de la investigación en los seis establecimientos de la Micro Red, se aprobó la realización de la investigación y se recibió un memorándum dirigido a cada Jefe de Establecimientos de Salud.

Posteriormente se acudió al distrito de Alto Selva Alegre, en busca de los Jefes del Establecimiento de Salud respectivo para brindarles información

sobre el proyecto de investigación, hacerle entrega del memorándum y solicitar los horarios de sus respectivos trabajadores.

En una visita posterior, se empezó con el desarrollo de las encuestas de forma ordenada por cada Establecimiento de Salud, donde se dio una breve información al profesional de salud participante acerca del proyecto de investigación y su participación en él, posteriormente se hizo entrega de la cédula de entrevista y el participante tuvo un periodo de 15 minutos para su llenado, tiempo en la cual el éste podía realizar preguntas al investigador.

Una vez finalizado la recolección de datos en los seis Establecimientos de Salud, éstos fueron organizados en una base de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

- Investigador: Raysa Araceli Navarro Curo (Bachiller en Medicina Humana)
- Asesor: Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez (Médico Psiquiatra)

3.2.2. Recursos Institucionales

- Establecimientos de Salud pertenecientes a la Micro Red Alto Selva Alegre.

3.2.3. Recursos Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadísticos.

3.2.4. Recursos Financieros

- Autofinanciado por la autora.

3.3. Validación de los Instrumentos

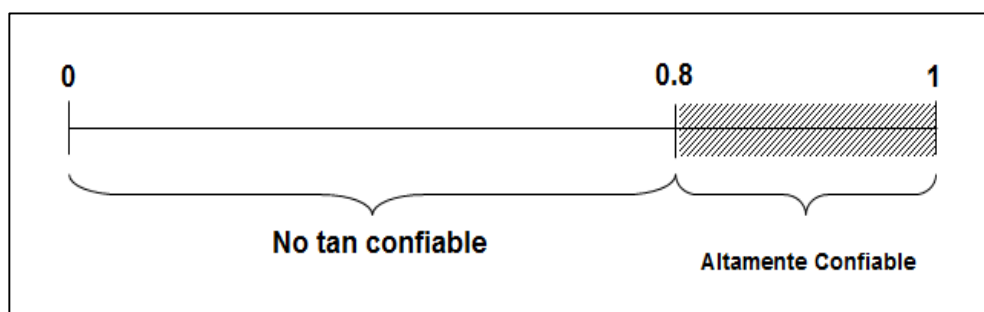
- Primer Instrumento: Ficha de recolección de datos, la cual no requiere validación.
- Cuestionario adaptado según la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS): En este estudio se utilizará como modelo la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, escala que inicialmente fue creada para la detección de depresión en el post parto, actualmente es ampliamente usada para la detección de depresión en el embarazo, luego de su validación por J. L. COX, J. M. HOLDEN y R. SAGOVSKY en el artículo "Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale." Y corroborada por múltiples estudios para ser considerada como una de las mejores herramientas de detección de depresión en etapas tempranas del embarazo. Se realizó una acotación de "puedo identificar si la gestante" en los ítems de esta escala para poder ser usada en el profesional de salud del primer nivel de atención y poder ser calificada para determinar su nivel de conocimiento.

CRITERIOS PARA MANEJO DE RESULTADOS

4.1. A nivel de recolección:

- Se acudió a los seis establecimientos de salud con las respectivas cédulas de entrevista y consentimientos informados de participación en la investigación, los cuales se encontraban en carpetas separadas para su fácil manipulación, se entregó a cada participante ambos documentos y se le dio un tiempo de 10-15 minutos, dentro de los cuales se explicaba el llenado de las cédulas y se respondía las dudas generadas, posteriormente se verificaba el llenado completo para guardar ambos documentos en las carpetas respectivas para su fácil recolección.
- Una vez finalizado el período de recolección en los seis establecimientos se verificó la cantidad de entrevistados para poder alcanzar una muestra adecuada.
- Posteriormente se verificó la fiabilidad de los resultados para su análisis respectivo, teniendo en cuenta el Análisis de confiabilidad mediante el

Índice de Consistencia Interna Kuder Richardson KR-20[†], en la cual, un valor es cercano a la unidad representa un instrumento fiable que hace mediciones consistentes, si su valor está por debajo de 0.8 el instrumento que se está evaluando presenta una variabilidad heterogénea en sus ítems y por tanto nos llevará a conclusiones equivocadas.



Para calcular el índice de confiabilidad, utilizaremos la fórmula: Kuder Richardson KR-20 (KR-20)[‡], donde la fórmula para calcular la confiabilidad de un instrumento de “n” ítems o KR-20 será:

$$KR_{20} = \frac{K}{K-1} \left| \frac{St^2 - \sum pq}{St^2} \right|$$

$$st^2 = \frac{\sum \left(x_i - \bar{x} \right)^2}{n}$$

Dónde:

KR20 = Kuder Richardson 20

K = Número de Ítems

p = personas que responden afirmativamente a cada ítem

q = personas que responden negativamente a cada ítem

St² = varianza total del instrumento

Xi = Puntaje total de cada encuestado

- Para el análisis del Cuestionario Adaptado según Escala de Depresión De Edimburgo, al evaluar la consistencia interna del instrumento mediante

[†] Índice de Consistencia Interna Kuder Richardson KR-20, obtenida de Investigación del comportamiento. 1984-México, por Kerling Fred.

[‡] Fórmula de Kuder Richardson (KR-20, obtenida de Investigación del comportamiento. 1984-México, por Kerling Fred.

Kuder Richardson KR-20, aplicado a un total de 90 profesionales de la salud:

HALLANDO LOS DESCRIPTIVOS[§]:

Ítems	p	q	pq
Ítem 1	0.89	0.11	0.10
Ítem 2	0.71	0.29	0.21
Ítem 3	0.32	0.68	0.22
Ítem 4	0.46	0.54	0.25
Ítem 5	0.43	0.57	0.25
Ítem 6	0.45	0.55	0.25
Ítem 7	0.35	0.65	0.23
Ítem 8	0.47	0.53	0.25
Ítem 9	0.34	0.66	0.22
Ítem 10	0.21	0.79	0.16
Sumatoria pq			2.12
Varianza del total			8.81

Reemplazando en la fórmula:

$$KR_{20} = \frac{10}{10-1} \left| \frac{8.81-2.12}{8.81} \right|$$

Consistencia interna ITEM-TOTAL:

Valor Calculado:

$$KR_{20} = 0.8437$$

Del cuadro anterior se observa que el valor del índice de confiabilidad Kuder Richardson por el Total de los ÍTEMS evaluados, y según los rangos de Interpretación del Coeficiente de confiabilidad su magnitud se obtiene un valor próximo a la unidad ($KR_{20}=0.844$) lo que indica que es altamente confiable.

[§] Análisis del Cuestionario adaptado según Escala de Depresión De Edimburgo, fuente propia.

4.2. A nivel de sistematización:

Para el procesamiento de datos, se diseñó un cuadro de almacenamiento de datos para trabajar con las variables de estudio en Microsoft Excel 2010.

Los resultados son analizados en el paquete estadístico SPSS, en su versión 22, idioma español. Este paquete analizó los datos mediante tablas de frecuencia (frecuencia absoluta y relativa en porcentaje), gráficos de sector circular y barras, esto comparte de la estadística descriptiva y en la inferencial mediante tablas de cruzadas o de contingencia.

4.3. A nivel de estudio de Datos:

Para determinar la relación del perfil del trabajador en salud, se realizó mediante la estadística inferencial, siendo aplicada el Chi cuadrado de Pearson, y con especificidad en el caso de la prueba de hipótesis general, se realizó mediante el Chi cuadrado de Bondad de Ajuste, el mismo que determinar si las frecuencias esperadas en la investigación son similares con los resultados observados. En este análisis inferencial se utilizó como nivel de significancia o margen de error el 5%, y su complemento denominado nivel de confianza con el 95%, donde la hipótesis del investigador se acepta si los valores de la probabilidad de error denominado P-Valor o significancia asintótica son menores al 5% ($P\text{-Valor} < 5\%$).



CAPÍTULO II

RESULTADOS

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

TABLA 1.
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL**

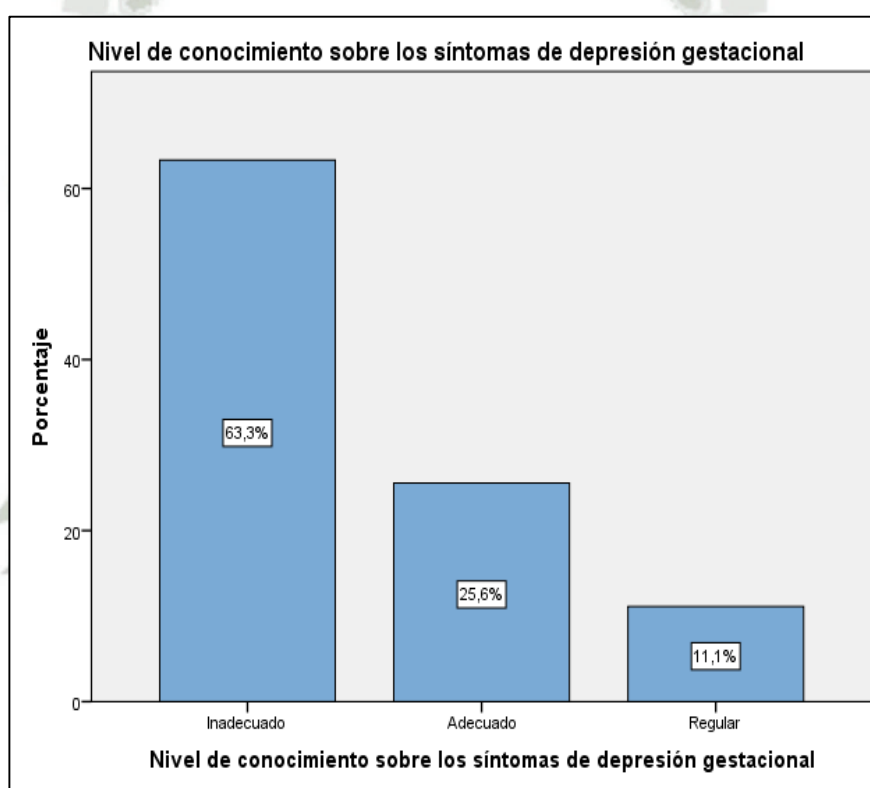
NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA (FI)	PORCENTAJE (HI%)
Inadecuado	57	63.3
Regular	10	11.1
Adecuado	23	25.6
Total	90	100.0

Fuente: Propia

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

GRÁFICO 1.1

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL**



Fuente: Propia

Interpretación: Los resultados muestran que el nivel de conocimiento sobre síntomas de depresión gestacional por parte del profesional de la salud es inadecuado, abarcando un 63.3%, solamente es adecuado un 25.6%, y regular en 11.1%.

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”**

TABLA 2
**PORCENTAJES COMPARATIVOS DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL
PROFESIONAL DE LA SALUD**

PERFIL PROFESIONAL DE TRABAJADOR EN LA SALUD		FI	HI%
EDAD	Menor a 30 años	17	18.9
	De 31 a 40 años	21	23.3
	De 41 a 50 años	35	38.9
	Mayor a 50 años	17	18.9
SEXO	Masculino	18	20
	Femenino	72	80
ESTADO CIVIL	Soltero	28	31.1
	Casado	56	62.2
	Divorciado	2	2.2
	Viudo	4	4.4
CONDICIÓN LABORAL	Nombrado	59	65.6
	Contratado	31	34.4
PROFESIÓN	Médico Cirujano	19	21.1
	Licenciada en Enfermería	25	27.8
	Obstetra	19	21.1
	Psicólogo	5	5.6
	Nutricionista	4	4.4
	Cirujano Dentista	18	20.0
TIEMPO DE SERVICIOS	Menor a 6 meses	17	18.9
	6 meses	2	2.2
	Mayor a 6 meses	71	78.9
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. Alto Selva Alegre	23	25.6
	C.S. Apurímac	13	14.4
	P.S. Héroes del Cenepa	14	15.6
	C.S. Independencia	25	27.8
	P.S. Leones del Misti	8	8.9
	P.S. San Juan Bautista	7	7.8

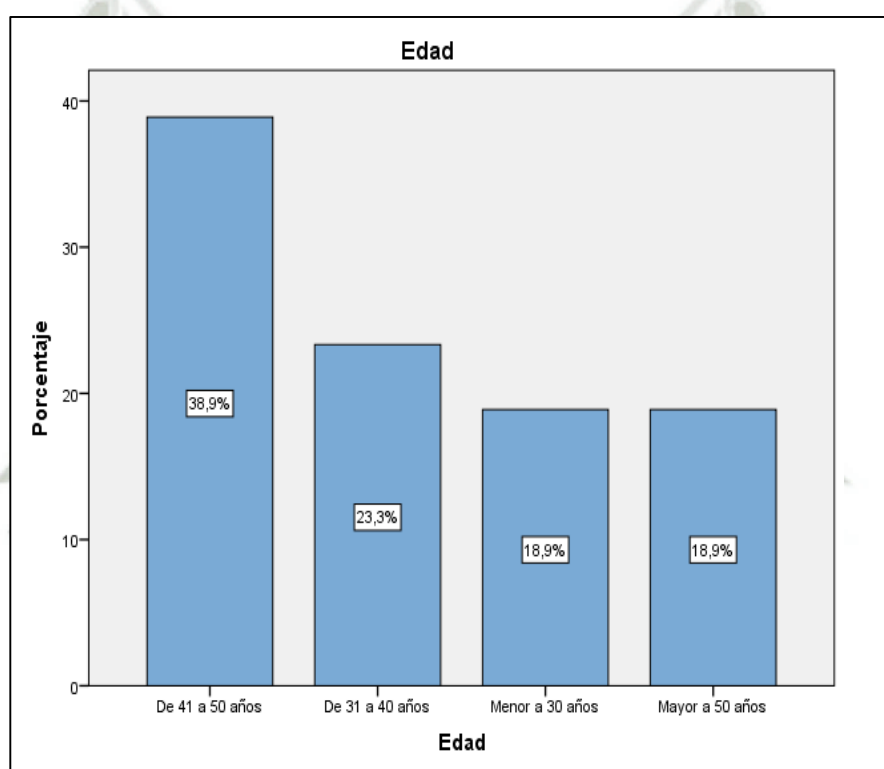
Fuente: Propia

Interpretación: Diferencias porcentuales del perfil epidemiológico del profesional de la salud, con sus respectivas frecuencias acorde a la población estudiada.

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

GRÁFICO 2.1

**PORCENTAJES COMPARATIVOS DE LA EDAD DEL PROFESIONAL DE LA
SALUD**



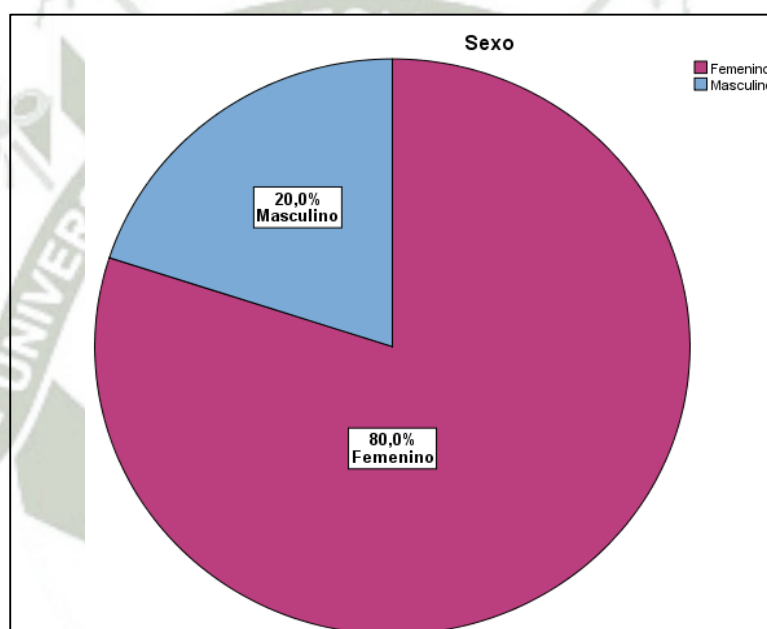
Fuente: Propia

Interpretación: 39.9% de los profesionales de la Micro Red Alto Selva Alegre tienen entre 41- 50 años, lo cual representa el mayor porcentaje de la muestra.

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

GRÁFICO 2.2

PORCENTAJES COMPARATIVOS DEL SEXO DEL PROFESIONAL EN SALUD



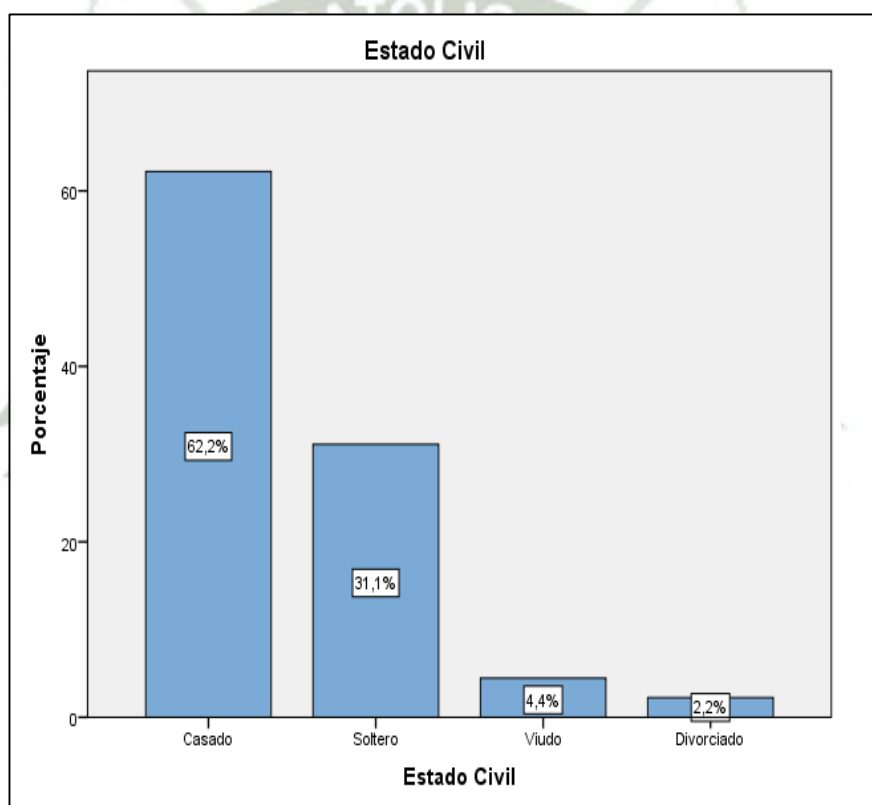
Fuente: Propia

Interpretación: 80% de los profesionales de salud que trabajan en la Micro Red Alto Selva Alegre son de sexo femenino, solamente el 20% masculino.

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

GRÁFICO 2.3

**PORCENTAJES COMPARATIVOS DEL ESTADO CIVIL DEL PROFESIONAL DE
LA SALUD**



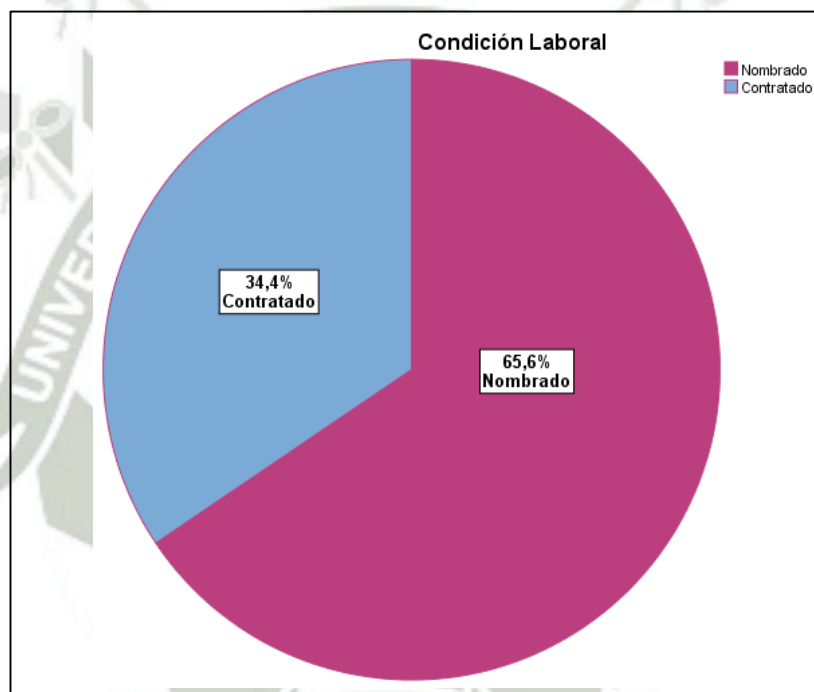
Fuente: Propia

Interpretación: 62.2% de profesionales son casados, los solteros representan un 31.1%, solamente el 4.4%, es viudo, siendo muy pocos lo profesionales divorciados que representa el 2.2%.

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

GRÁFICO 2.4

**PORCENTAJES COMPARATIVOS DE LA CONDICIÓN LABORAL DEL
PROFESIONAL DE LA SALUD**



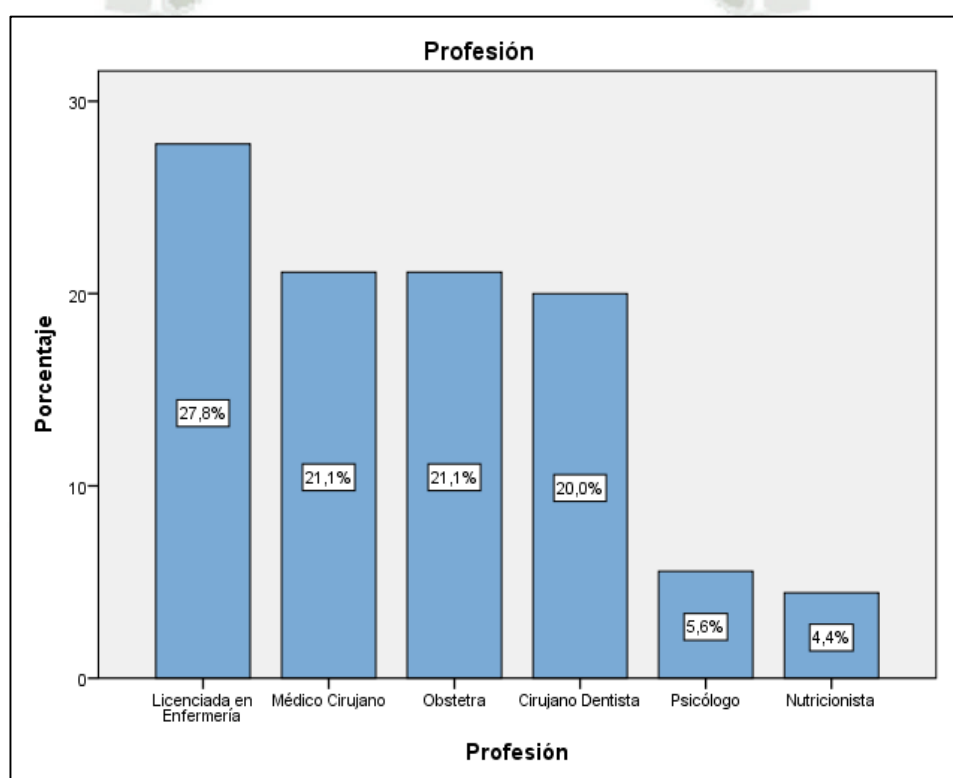
Fuente: Propia

Interpretación: Los resultados evidencian que la condición laboral de los profesionales de la salud, está diferenciada por el personal nombrado en su mayoría con el 65.6%, solamente el 34.4% es personal contratado.

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

GRÁFICO 2.5

**PORCENTAJES COMPARATIVOS DE LA PROFESIÓN DEL PROFESIONAL DE
LA SALUD**



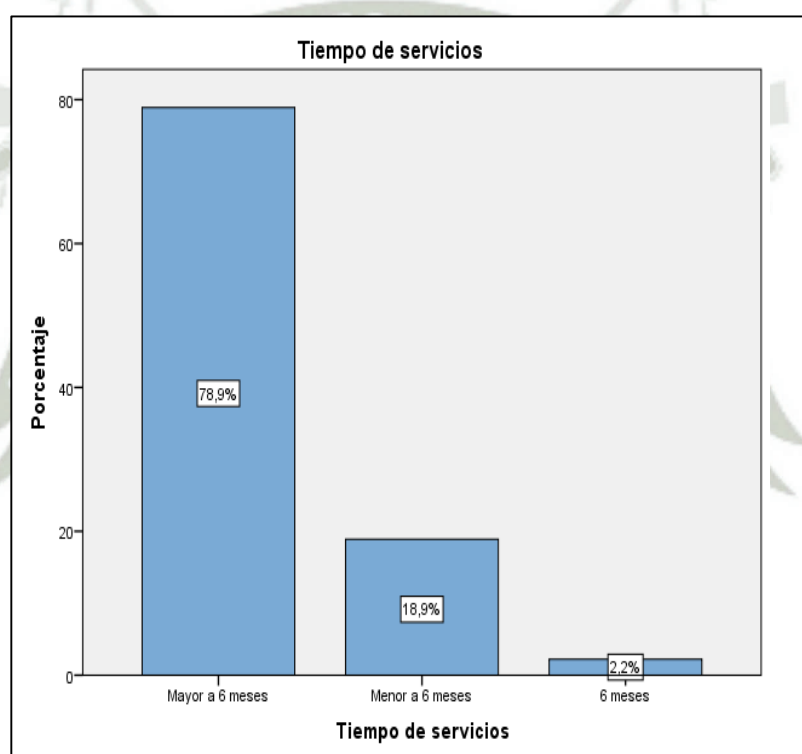
Fuente: Propia

Interpretación: La mayoría de los profesionales que pertenecen la Micro Red son licenciadas en enfermería, que representan un 27.8%. Comparten similarmente el 21.1%, los profesionales médicos cirujanos y las obstetras. Otro grupo considerable es el cirujano dentista en un 20%, los Psicólogos y Nutricionistas solamente corresponden al 5.6% y 4.4% respectivamente.

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

GRÁFICO 2.6

**PORCENTAJES COMPARATIVOS DEL TIEMPO DE SERVICIO EN EL
ESTABLECIMIENTO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD.**



Fuente: propia

Interpretación: Los resultados muestran que la mayoría de los profesionales han laborado por más de 6 meses, lo cuales representan un 78.9%.

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

GRÁFICO 2.7

**ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE LABORA EL PROFESIONAL DE LA
SALUD**



Fuente: Propia

Interpretación: Los resultados obtenidos en su mayoría corresponden al Centro de Salud de Independencia, con el 27.8%, con respecto al Centro de Salud de Alto Selva Alegre el 25.6%, ambos centros de salud representan más del 50% de la población de estudio.

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

TABLA 3

**RELACIÓN ENTRE LA EDAD DEL PROFESIONAL DE LA SALUD Y EL NIVEL
DE CONOCIMIENTO**

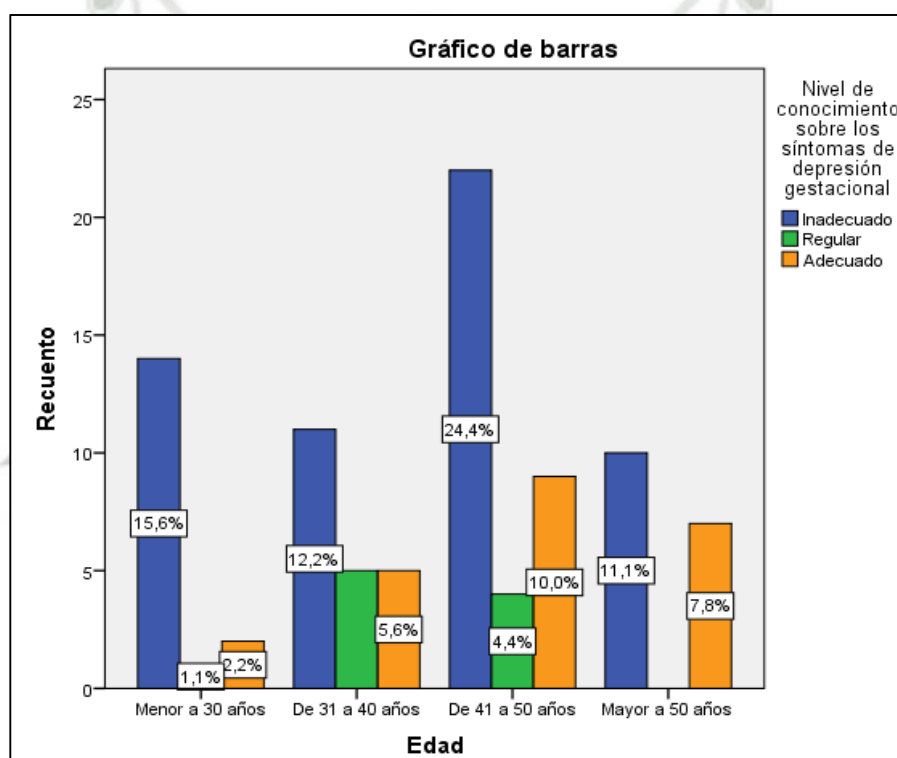
EDAD	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN GESTACIONAL							
	INADECUADO		REGULAR		ADECUADO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Menor a 30 años	14	15.6%	1	1.1%	2	2.2%	17	18.9%
De 31 a 40 años	11	12.2%	5	5.6%	5	5.6%	21	23.3%
De 41 a 50 años	22	24.4%	4	4.4%	9	10.0%	35	38.9%
Mayor a 50 años	10	11.1%	0	0.0%	7	7.8%	17	18.9%
Total	57	63.3%	10	11.1%	23	25.6%	90	100.0%

Fuente: Propia

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

GRÁFICO 3.1

**FRECUENCIA PORCENTUAL DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO RELACIONADO
A LA EDAD DEL PROFESIONAL DE LA SALUD**



Fuente: Propia

Interpretación: Se aprecia que el nivel de conocimiento inadecuado, predominó dentro de todos los rangos de edades. Además al aplicar la prueba de Chi cuadrado ($P = 0.138$), ésta nos afirma que no hay una relación significativa entre la edad del profesional con el nivel de conocimiento.

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

TABLA 4.

**SEXO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO**

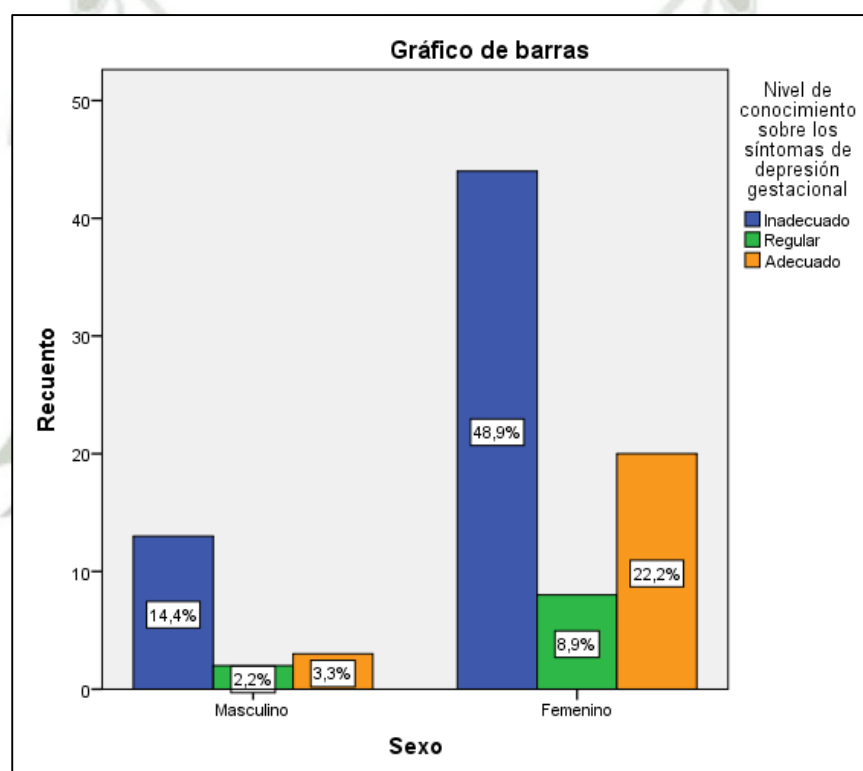
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN GESTACIONAL								
Sexo	Inadecuado		Regular		Adecuado		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Masculino	13	14.4%	2	2.2%	3	3.3%	18	20.0%
Femenino	44	48.9%	8	8.9%	20	22.2%	72	80.0%
Total	57	63.3%	10	11.1%	23	25.6%	90	100.0%

Fuente: Propia

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

GRÁFICO 4.1

**FRECUENCIA PORCENTUAL DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN EL
SEXO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD**



Fuente: Propia

Interpretación: El sexo femenino posee mayores porcentajes en los resultados obtenidos, pero esta población representa un 80%, lo cual influye. Al poner a prueba la relación de ambas variables mediante Chi cuadrado ($P = 0.614$), se concluye que el nivel de conocimiento no está relacionado con la edad del profesional de la salud.

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

TABLA 5.

**ESTADO CIVIL DEL PROFESIONAL DE LA SALUD Y NIVEL DE
CONOCIMIENTO**

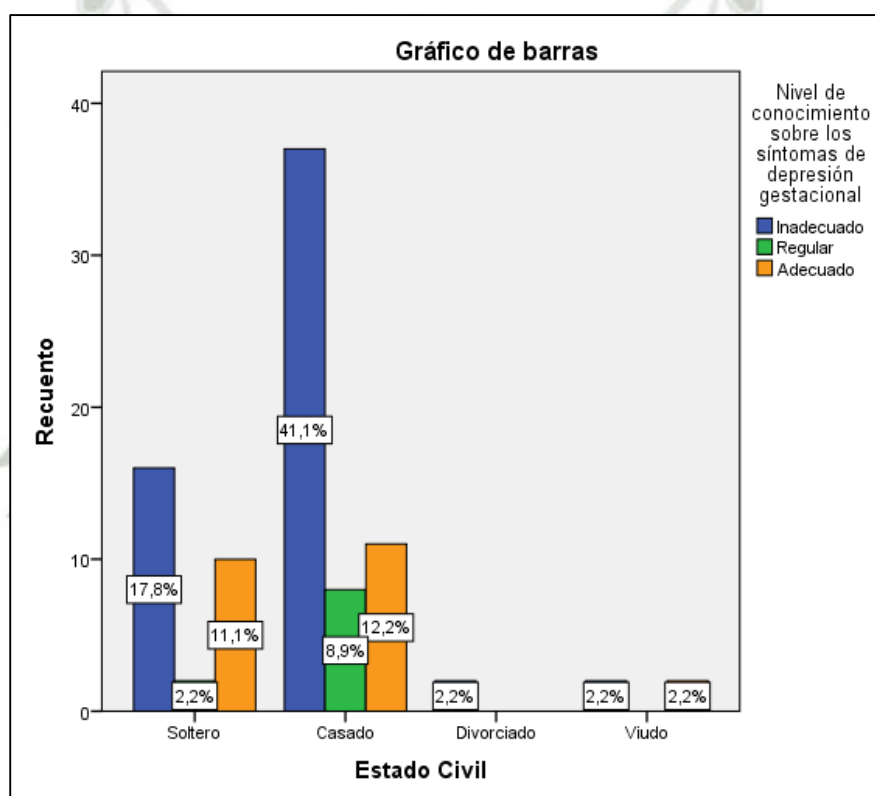
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN GESTACIONAL								
Estado Civil	Inadecuado		Regular		Adecuado		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Soltero	16	17.8%	2	2.2%	10	11.1%	28	31.1%
Casado	37	41.1%	8	8.9%	11	12.2%	56	62.2%
Divorciado	2	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.2%
Viudo	2	2.2%	0	0.0%	2	2.2%	4	4.4%
Total	57	63.3%	10	11.1%	23	25.6%	90	100.0%

Fuente: Propia

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

GRÁFICO 5.1

**FRECUENCIA PORCENTUAL DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN EL
ESTADO CIVIL DEL PROFESIONAL DE LA SALUD**



Fuente: Propia

Interpretación: Se aprecia que el nivel de conocimiento inadecuado, predominó dentro de todos los rangos de estado civil. Además al aplicar la prueba de Chi cuadrado ($P = 0.459$), ésta nos afirma que no hay una relación significativa entre el estado civil y el nivel de conocimiento.

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

TABLA 6

**CONDICIÓN LABORAL DEL PROFESIONAL DE LA SALUD Y NIVEL DE
CONOCIMIENTO**

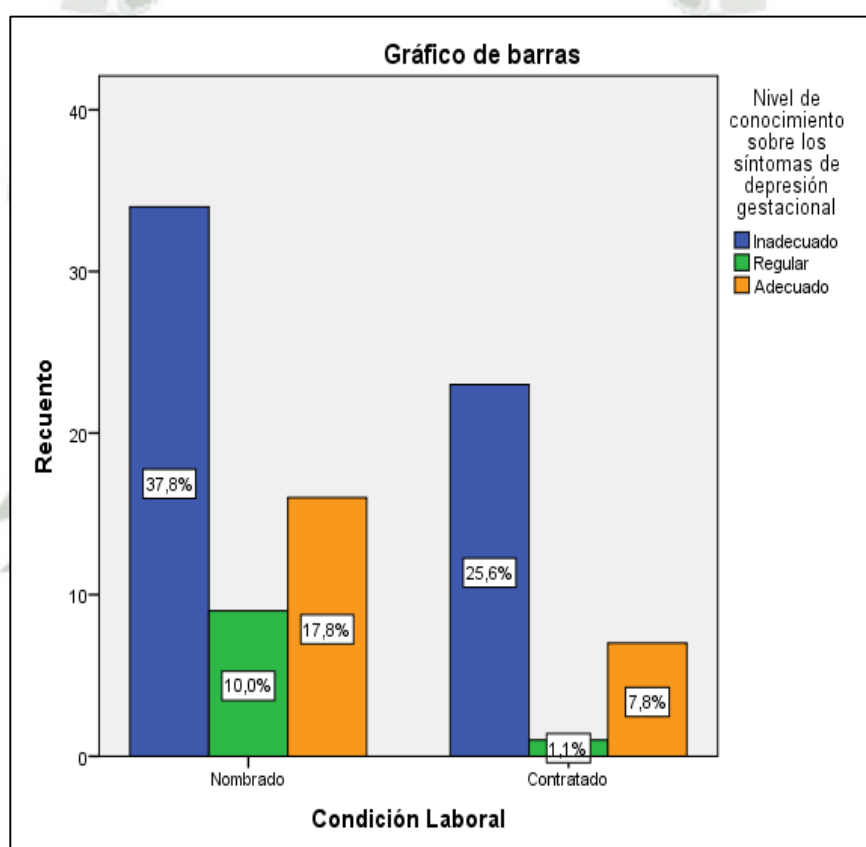
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN GESTACIONAL								
Condición	Inadecuado		Regular		Adecuado		Total	
Laboral	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Nombrado	34	37.8%	9	10.0%	16	17.8%	59	65.6%
Contratado	23	25.6%	1	1.1%	7	7.8%	31	34.4%
Total	57	63.3%	10	11.1%	23	25.6%	90	100.0%

Fuente: Propia

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

GRÁFICO 6.1

**FRECUENCIA PORCENTUAL DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN
CONDICIÓN LABORAL DEL PROFESIONAL DE LA SALUD**



Fuente: Propia

Interpretación: Se aprecia que el nivel de conocimiento inadecuado, predominó en ambas condiciones laborales representando ambas un 63.4%. Además al aplicar la prueba de Chi cuadrado ($P = 0.459$), ésta nos afirma que no hay una relación significativa entre el estado civil y el nivel de conocimiento.

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

TABLA 7

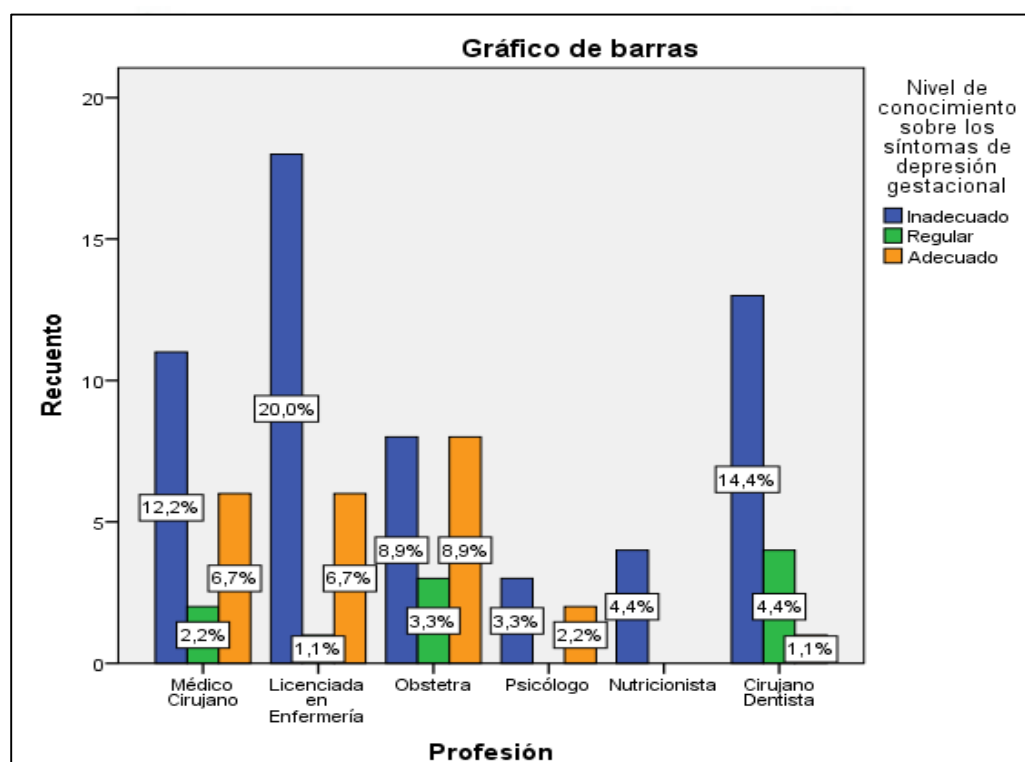
**TIPO DE PROFESIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD Y SU RELACIÓN
CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO**

PROFESIÓN	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN GESTACIONAL						TOTAL	
	Inadecuado		Regular		Adecuado		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Médico Cirujano	11	12.2%	2	2.2%	6	6.7%	19	21.1%
Licenciada en Enfermería	18	20.0%	1	1.1%	6	6.7%	25	27.8%
Licenciada en Obstetricia	8	8.9%	3	3.3%	8	8.9%	19	21.1%
Psicólogo	3	3.3%	0	0.0%	2	2.2%	5	5.6%
Nutricionista	4	4.4%	0	0.0%	0	0.0%	4	4.4%
Cirujano Dentista	13	14.4%	4	4.4%	1	1.1%	18	20.0%
Total	57	63.3%	10	11.1%	23	25.6%	90	100.0%

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

GRÁFICO 7.1

**FRECUENCIA PORCENTUAL DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN
PROFESIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD.**



Fuente: Propia

Interpretación:

Se aprecia que el nivel de conocimiento inadecuado predominó en todas las profesiones, sólo en las obstetras se evidencia una igualdad de nivel de conocimiento adecuado e inadecuado (8.9%). Además al aplicar la prueba de Chi cuadrado ($P = 0.177$), ésta nos afirma que no hay una relación significativa entre la profesión y el nivel de conocimiento.

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

TABLA 8

**TIEMPO DE SERVICIO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD Y SU RELACIÓN
CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO**

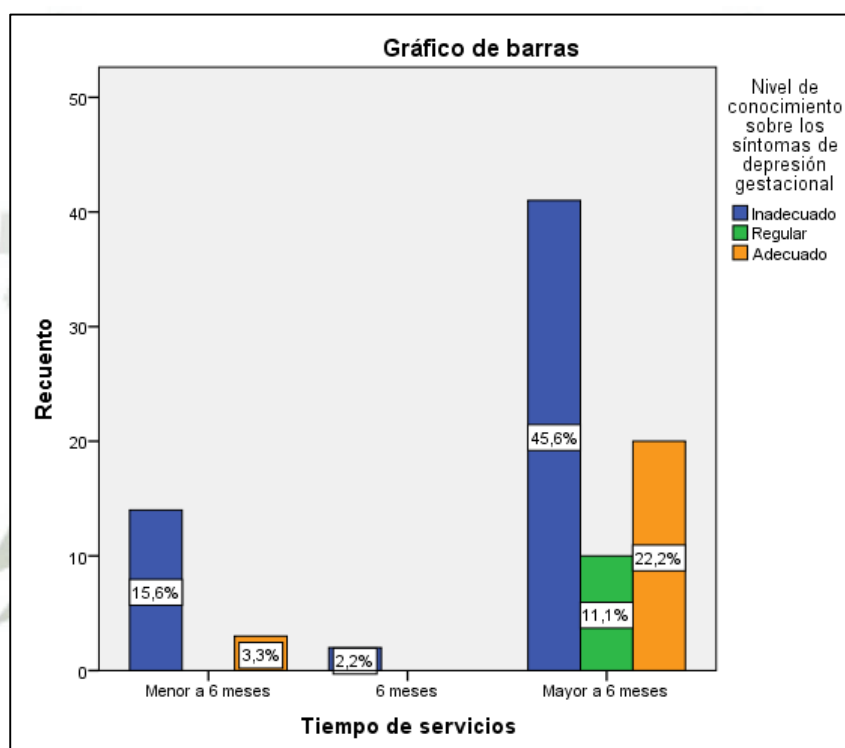
TIEMPO DE SERVICIO	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN GESTACIONAL						TOTAL	
	Inadecuado		Regular		Adecuado			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Menor a 6 meses	14	15.6%	0	0.0%	3	3.3%	17	18.9%
6 meses	2	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.2%
Mayor a 6 meses	41	45.6%	10	11.1%	20	22.2%	71	78.9%
Total	57	63.3%	10	11.1%	23	25.6%	90	100.0%

Fuente: Propia

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD, MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

GRÁFICO 8.1

FRECUENCIA PORCENTUAL DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD.



Fuente: Propia

Interpretación: Podríamos interpretar que los profesionales de la salud que laboran más de 6 meses, tienen un mejor nivel de conocimiento que los otros grupos de profesionales (22.2%), pero observamos que el porcentaje de conocimiento inadecuado (45.6%) y regular (11.1%), también tiene cifras considerables, esto se da porque la mayor población de encuestados pertenece a este grupo. Además al aplicar la prueba de Chi cuadrado ($P = 0.236$), ésta nos afirma que no hay una relación significativa entre el tiempo de servicio y el nivel de conocimiento.

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

TABLA 9

**ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE LABORA EL PROFESIONAL DE LA
SALUD Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO**

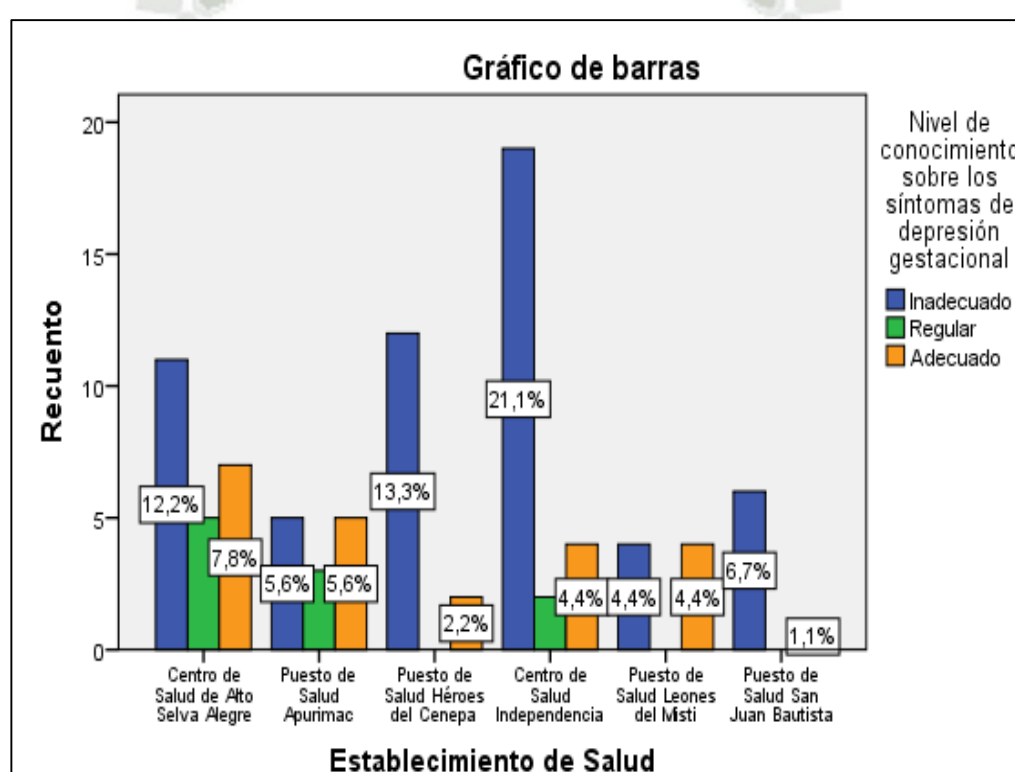
CENTRO DE SALUD DONDE LABORA	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN GESTACIONAL						TOTAL	
	Inadecuado		Regular		Adecuado			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Centro de Salud Alto Selva Alegre	11	12.2%	5	5.6%	7	7.8%	23	25.6%
Centro de Salud Apurímac	5	5.6%	3	3.3%	5	5.6%	13	14.4%
Puesto de Salud Héroes del Cenepa	12	13.3%	0	0.0%	2	2.2%	14	15.6%
Centro de Salud Independencia	19	21.1%	2	2.2%	4	4.4%	25	27.8%
Puesto de Salud Leones del Misti	4	4.4%	0	0.0%	4	4.4%	8	8.9%
Puesto de Salud San Juan Bautista	6	6.7%	0	0.0%	1	1.1%	7	7.8%
Total	57	63.3%	10	11.1%	23	25.6%	90	100.0%

Fuente: Propia

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD, MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

GRÁFICO 9.1

FRECUENCIA PORCENTUAL DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE LABORA.



Fuente: Propia

Interpretación: Ningún Establecimiento de Salud de la Micro Red Alto Selva Alegre obtuvo un mayor porcentaje de resultado adecuado de nivel de conocimiento, sólo en el P.S. Leones del Misti, hay un resultado equivalente entre el conocimiento adecuado e inadecuado (4.4%). Además al aplicar la prueba de Chi cuadrado ($P = 0.075$), ésta nos afirma que no hay una relación significativa de pertenecer a un determinado establecimiento de salud y el nivel de conocimiento.

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

TABLA 10

**PORCENTAJES COMPARATIVOS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA
RESPECTIVA PROFESIÓN**

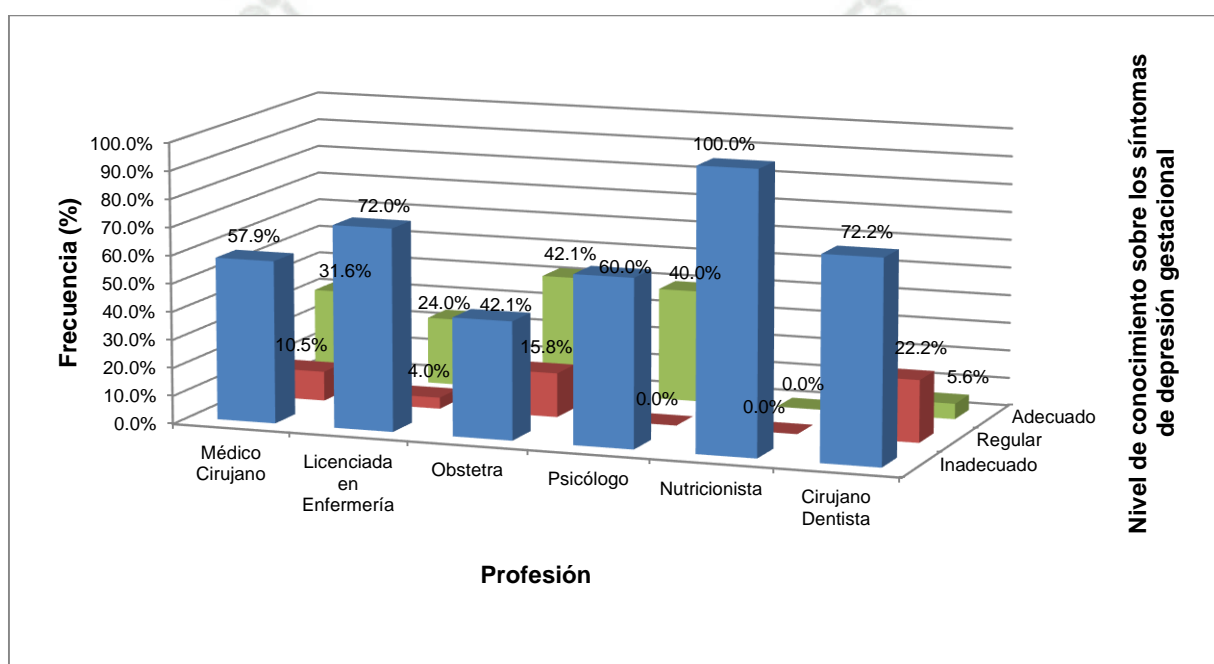
PROFESIÓN	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN GESTACIONAL						TOTAL	
	INADECUADO		REGULAR		ADECUADO		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Médico Cirujano	11	57.9%	2	10.5%	6	31.6%	19	100.0%
Licenciada en Enfermería	18	72.0%	1	4.0%	6	24.0%	25	100.0%
Obstetra	8	42.1%	3	15.8%	8	42.1%	19	100.0%
Psicólogo	3	60.0%	0	0.0%	2	40.0%	5	100.0%
Nutricionista	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	100.0%
Cirujano Dentista	13	72.2%	4	22.2%	1	5.6%	18	100.0%
Total	57	63.3%	10	11.1%	23	25.6%	90	100.0%

Fuente: Propia

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

GRÁFICO 10.1

**FRECUENCIA PORCENTUAL DE SÍNTOMAS IDENTIFICADOS POR EL
PROFESIONAL DE LA SALUD**



Fuente: Propia

Interpretación: En el gráfico observamos que el mayor porcentaje obtenido por cada grupo de profesionales es inadecuado, un 57.9% representa a los médicos cirujanos, 72% a los licenciados en enfermería, 42.1% a las obstetras, 60% a los psicólogos, 100% a los nutricionistas y 72.2% a los cirujanos dentistas.

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

TABLA 11.

**PORCENTAJES DESCRIPTIVOS DE SÍNTOMAS IDENTIFICADOS POR EL
PROFESIONAL DE LA SALUD**

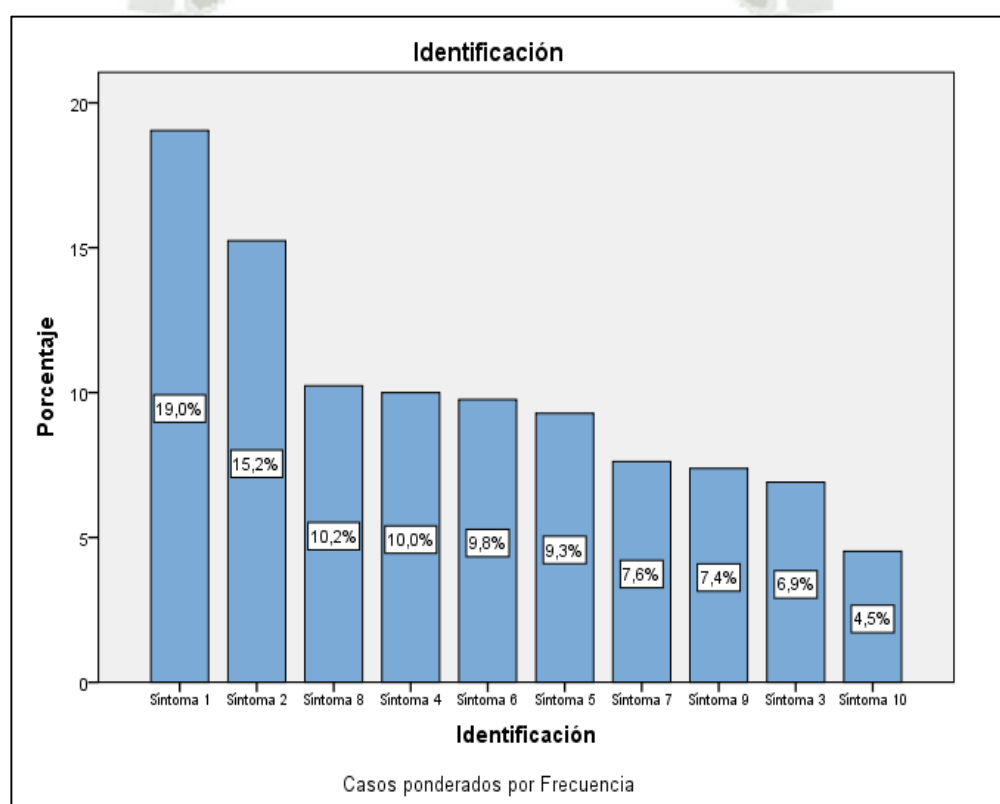
IDENTIFICACIÓN	FRECUENCIA (FI)	PORCENTAJE (HI%)
SÍNTOMA 1	80	19.0
SÍNTOMA 2	64	15.2
SÍNTOMA 8	43	10.2
SÍNTOMA 4	42	10.0
SÍNTOMA 6	41	9.8
SÍNTOMA 5	39	9.3
SÍNTOMA 7	32	7.6
SÍNTOMA 9	31	7.4
SÍNTOMA 3	29	6.9
SÍNTOMA 10	19	4.5
TOTAL	420	100.0

Fuente: Propia

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

GRÁFICO 11.1

**FRECUENCIA PORCENTUAL DE SÍNTOMAS IDENTIFICADOS POR EL
PROFESIONAL DE LA SALUD**



Fuente: Propia

Interpretación: Un 19.0% de profesionales de la salud reconocen que son capaces de identificar el síntoma 1: “Puedo identificar que la gestante es capaz de reírse y ver el lado bueno de las cosas”, al igual que el síntoma 2 con un 15,2%: “Puedo identificar que la gestante manifiesta disfrutar mirar hacia el futuro por su embarazo”, ambos fueron los síntomas más reconocidos por el profesional encuestado.

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD,
MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO - FEBRERO 2017”

TABLA 12.

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL RESPECTO A LO OBSERVADO Y ESPERADO**

NIVELES	N	N	RESIDUO
	OBSERVADO	ESPERADA	
Inadecuado	57	54.0	3.0
Regular	10	18.0	-8.0
Adecuado	23	18.0	5.0
Total	90		

Fuente: Propia

Interpretación: Al someter la hipótesis al Chi cuadrado de Bondad de Ajuste, con el fin de determinar los niveles de conocimiento sobre los síntomas de depresión gestacional, comparativamente se tiene:

Proporciones esperadas para cada nivel		
Inadecuado	Regular	Adecuado
60%	20%	20%

Se observa que los resultados del residuo no son cantidades muy notorias, esto indica que lo observado y esperado presenta similitud en sus frecuencias.



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS:

El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento sobre síntomas de depresión gestacional basados en la escala de Edimburgo del profesional de la salud de la Micro Red Alto Selva Alegre, en la investigación se encontró que este conocimiento es inadecuado en un 63.3%. Se utilizó una metodología cualitativa, con un diseño de investigación descriptivo y transversal. Se encuestó a los participantes con una cédula de recolección de datos y un cuestionario adaptado según la Escala de Edimburgo.

La población estudiada corresponde a 92 profesionales de la salud, de los cuales se consideró como muestra a 90 profesionales, debido a la exclusión de 2 de ellos que no cumplieron con los criterios de inclusión, lo cual no afecta significativamente el número de la muestra dado que esta cifra representa el 97.8%.

Dentro de las limitaciones en el trabajo de campo, la primera fue el aspecto técnico y administrativo, los cuales no permitieron que se realice un estudio multicéntrico con un mayor número de profesionales de la salud, pero se superó esta limitación abarcando toda una Micro Red con 6 Establecimientos de Salud.

Otra limitación fue la población seleccionada (particularmente médicos cirujanos y licenciados en enfermería); se tuvo mayor dificultad para lograr una entrevista adecuada, debido a que el horario de trabajo en los Establecimientos de Salud fue continuo casi sin intervalos de descanso, sin embargo se logró recolectar la información tomando un poco más de tiempo en la entrevista con estos profesionales.

Los resultados obtenidos en esta investigación nos brindan un panorama de la realidad sobre el inadecuado conocimiento de síntomas de depresión gestacional de nuestros profesionales de la salud que laboran en el primer nivel de atención. Podríamos generalizar estos resultados a nivel Regional o Nacional, a pesar que el estudio no abarcó poblaciones mayores (Otras Micro Redes o Redes de Salud de

Arequipa), porque que los contextos, las características, la población y las variables son similares. Por ende el rango de aplicación de este estudio es amplio, pudiendo servir para investigaciones posteriores.

En la **Tabla 1** encontramos que el 63.3% del profesional de la salud de la Micro Red Alto Selva Alegre, tiene un nivel de conocimiento inadecuado sobre síntomas de depresión gestacional. En el Perú no se ha realizado investigaciones acerca del primer nivel de atención y su relación con la detección de síntomas de depresión en gestantes, sin embargo en el 2014 se realizó una investigación del Nivel de conocimientos sobre Depresión Mayor en médicos de Atención Primaria (1), encontrando que el 83.8 % tenía un nivel de conocimiento bajo sobre síntomas de depresión mayor. Este porcentaje supera al encontrado en nuestro estudio, pero ambos reflejarían que hay una carencia de identificación en el primer nivel de atención sobre síntomas de depresión.

En el 2016, se llevó a cabo un estudio sobre Conocimientos y actitudes de los Médicos Residentes de primer año frente a la depresión en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (2), donde un 48.2% mostraba bajo interés en patologías mentales, 53.7% de los residentes no se sentía confiado respecto a sus capacidades para diagnosticar patologías psiquiátricas y 66.7% no evalúan la sintomatología psiquiátrica, estos resultados muestran el bajo interés frente a las patologías psiquiátricas en un Establecimiento de Salud más complejo, de esto podríamos deducir que en la labor del profesional de la salud (médico cirujano) en un primer nivel de atención como en niveles de atención superiores, podría estar dejándose de lado la búsqueda intencionada o la identificación de patologías psiquiátricas.

En lo que respecta al Sistema de Salud Peruano (3) y el Modelo de Atención Integral de la Salud Basado en la Familia y la Comunidad (4) no está siendo ejecutado en su integridad en el primer nivel de atención debido a que el enfoque actual es principalmente la detección precoz de patologías físicas en las gestantes, dejando de lado las patologías psiquiátricas. Además el bajo conocimiento hallado en nuestro estudio puede estar ocasionado por las deficiencias del sistema de capacitación o desarrollo del recurso humano de los servicios de salud, principalmente en salud

mental o el sistema de salud no percibe la magnitud del problema y no la prioriza, a pesar de la alta prevalencia de depresión en gestantes (5) (6) (7).

La **Tabla 2** nos muestra los resultados de la investigación nos muestran el perfil epidemiológico del profesional de la salud de la Micro Red Alto Selva Alegre, en el cual, la mayoría de los profesionales de la salud se encuentra entre 41-50 años en un 38.9%, 80% de los profesionales son de sexo femenino, 62.2% son casados, el profesional nombrado representa un 65.6%, la mayor población participante en el estudio estuvo conformada por licenciados en enfermería representando un 27.8%, 78.9% representa a los profesionales que han laborado por más de 6 meses en el establecimiento de salud al cual pertenecen, la mayor parte de recolección de datos se obtuvo del C.S Independencia (27.8%) y C.S. Alto Selva Alegre (25.5%) los cuales son Establecimientos de Salud de mayor categoría comparados con los otros Puestos de Salud.

En esta tabla, también observamos que en este estudio no se tomó en cuenta la capacitación del profesional en temas de salud mental, pero sin la necesidad de considerar esa variable, los resultados nos confirman que no habría mayor variación, puesto que las capacitaciones o cursos en un determinado tema, incrementan la identificación por parte del profesional de la salud. Esto se evidenció en un estudio realizado en el 2007, el cual midió la Exactitud en el diagnóstico de depresión por médicos de atención primaria después de una intervención educativa (8) donde afirman que luego de la intervención hubo un incremento en el número de diagnósticos relacionados con enfermedad mental, en particular el de depresión, por parte de los profesionales de la salud de su estudio. Debemos recalcar que en el trabajo de campo de esta investigación se evidenció el interés por parte del profesional médico-cirujano en su capacitación, afirmando que se les podría estar pasando diagnósticos de depresión por la inadecuada información sobre protocolos de detección precoz, por falta de tiempo con sus pacientes o el enfoque único de la salud física.

Como resultado adicional de esta investigación, se podría mencionar que entre el nivel de conocimientos y el perfil epidemiológico no hay ninguna relación. Y que en la gran mayoría de resultados, los porcentajes vienen influenciados por la cantidad

de la muestra tomada. No se ha encontrado otros estudios que comparen la influencia del perfil con el nivel de conocimientos.

Al comparar el nivel de conocimiento con la edad de los profesionales (**Tabla 3**) se podría pensar que el profesional con un rango mayor de edad pueda tener una mayor identificación de síntomas debido a los años de experiencia, el mayor número de contacto con las pacientes o el mayor número de capacitaciones recibidas a lo largo de su vida, sin embargo al aplicar las pruebas estadísticas ($P = 0.138$), los resultados nos demuestran que no hay dicha asociación.

Al comparar el nivel de conocimiento con el sexo (**Tabla 4**), se podría pensar que pueda que existir alguna diferencia en el nivel de conocimientos, pero la estadística ($P = 0.614$) no nos muestra relación alguna.

Al comparar el nivel de conocimiento con el estado civil (**Tabla 5**) y aplicar la estadística ($P=0.459$), ésta nos señala que no hay una relación que influya en los resultados.

Al comparar el nivel de conocimientos con la Condición Laboral del profesional (**Tabla 6**), podemos ver que en ambos grupos el conocimiento inadecuado supera el 50% de sus grupos respectivos, además al aplicar la estadística ($P=0.158$), ésta nos revela que no hay asociación entre el nivel de conocimientos y la condición laboral.

En la **Tabla 7**, observamos que en todos los profesionales de la salud hay un mayor porcentaje de conocimiento inadecuado, independientemente de su profesión. Sólo en los profesionales obstetras hay una igualdad de porcentajes (8.95%) que representa un número semejante en cuanto a nivel adecuado e inadecuado. De estos resultados, sería coherente pensar que los médicos-cirujanos, debieron obtener un puntaje más representativo de nivel adecuado de conocimientos porque son los profesionales más involucrados en ver la integralidad de la salud del paciente. Sin embargo nuestros resultados no muestran un nivel adecuado y al aplicar la estadística ($P = 0.177$), esta nos afirma, que no hay relación entre la profesión y el nivel de conocimientos.

Al comparar el nivel de conocimientos con el tiempo de servicio en el establecimiento (**Tabla 8**) se vio que predomina el porcentaje que indica un nivel de conocimiento

inadecuado en todos los rangos, además al aplicar la estadística ($P= 0.236$) nos muestra que no existe una relación entre ambas.

Al comparar el nivel de conocimientos con el Establecimiento de salud al cual corresponde el profesional de la salud encuestado (**Tabla 9**), se observa que sólo el Puesto de Salud Leones del Misti, tiene similitud entre el porcentaje de conocimiento adecuado e inadecuado (4.4%) y los demás establecimientos de Salud presentan porcentajes mayores de conocimiento inadecuado. En este contexto, podríamos pensar que los Centros de Salud (Alto Selva Alegre, Independencia y Apurímac) al tener mayor categoría, podrían tener profesionales de salud con mayor nivel de conocimientos en cuanto a la detección de síntomas de depresión en las gestantes, dado que manejan mayor número de pacientes o que éstos cuentan con Psicólogos a diferencia de los Puestos de Salud (Leones del Misti, Héroes del Cenepa y San Juan Bautista) donde no siempre se encontraba muchos pacientes o la presencia del psicólogo era esporádica. De todas formas, al aplicar la estadística ($P = 0.075$) resulta que no hay una relación entre el nivel de conocimientos y el establecimiento de salud al cual pertenecen.

La **Tabla 10** nos muestra el nivel de conocimientos según la profesión del encuestado, en ella se observa que del 100% de médicos entrevistados, el 57.9% presenta un conocimiento inadecuado, lo cual es alarmante dado que el médico cirujano es la cabeza del establecimiento de salud, es el profesional que debería estar más capacitado para realizar todo tipo de intervención e identificación en el paciente. Recordemos que la normativa vigente de la Estrategia Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz - MINSA (9), afirma que el médico del primer nivel de atención debe detectar y tratar oportunamente el trastorno depresivo, lo cual no evidenciamos según los resultados en nuestro estudio.

Los psicólogos, quienes aplican pequeños test de tamizaje en sus consultas, sobre dependencia alcohólica, habilidades sociales, trastornos de depresión y/o ansiedad, tienen un 60% (**Tabla 10**) de conocimiento inadecuado, lo cual podría hacernos pensar que no se está realizando la adecuada identificación por parte de este profesional puesto que se habría esperado unos resultados más cercanos a la capacidad de poder identificar síntomas de depresión.

Los licenciados en enfermería junto con los cirujanos dentistas representan un conocimiento inadecuado de 72% y 72.2% (**Tabla 10**) respectivamente. Podría ser que estos profesionales de la salud, centren toda su atención en su labor habitual dejando de lado los síntomas depresivos que la gestante pueda estar manifestando en la consulta con ellos.

Las obstetras obtuvieron un porcentaje semejante (42%) en el nivel de conocimientos inadecuados y adecuados, dentro de todo el grupo de profesiones fueron quienes mejor nivel de conocimiento tuvieron. Podría ser que las obstetras al pasar más tiempo con las gestantes tanto en su charla de planificación familiar, su monitoreo fetal y su control prenatal, puedan adquirir mayor nivel de confianza con la gestante, donde ésta le pueda exteriorizar sus preocupaciones o manifestar algún síntoma de depresión.

El 100% de nutricionistas posee un nivel de conocimiento inadecuado, podríamos ser flexibles con esta profesión en cierta medida, dado que su función principal no tiene relación con la detección de síntomas de depresión, pero por ser profesional de salud, debería ser capaz de tener un conocimiento regular para al menos alertar al médico cirujano de comportamientos depresivos en la gestante.

La **Tabla 11**, nos muestra la frecuencia con la cual se identificaron los síntomas según la Escala de Edimburgo, independiente del nivel de conocimiento obtenido por el profesional de la salud, en este vemos que el síntoma 1(19%) "*Puedo identificar que la gestante es capaz de reírse y ver el lado bueno de las cosas*", y el síntoma 2 (15.2%) "*Puedo identificar que la gestante manifiesta disfrutar mirar hacia el futuro por su embarazo*", fueron los más identificados por el profesional de la salud, pero representan ambos un porcentaje muy bajo. En un estudio descrito anteriormente (2) los síntomas que los participantes consideraron más útiles para diagnosticar depresión, fueron: la tristeza, anhedonia y trastornos del sueño, lo cual discrepa con nuestro estudio dado que los síntomas que englobaban la tristeza (Síntoma 8 – 9) y trastornos del sueño (Síntoma 7), fueron los menos identificados 7.4%, 6.9% y 7.6% respectivamente. Esto puede deberse a que en nuestro estudio intervinieron profesionales de la salud en calidad de licenciados en enfermería, obstetras, psicólogos, nutricionistas y cirujano-dentistas, los cuales podrían no están

familiarizados con síntomas de depresión a lo largo de su formación académica, siéndoles más fácil reconocer las manifestaciones positivas que las gestantes manifiestan.

Sin embargo, debemos de reconocer que la Escala de Edimburgo, posee una excelente sensibilidad y especificidad (5), no es una herramienta sofisticada que necesita la interpretación de un especialista y se recomienda su utilización en el primer nivel de atención (10). Por lo que ésta se puede aplicar en los consultorios de los diferentes profesionales de salud, para luego ser interpretados por el médico-cirujano, esto contribuiría a un manejo conjunto a favor de la paciente como a favor del sistema de salud para reducir las tasas de morbilidad materna-neonatal, pues recientemente se ha descrito que los trastornos depresivos influyen de manera negativa a largo y corto plazo en la progeñe (11).

Al contrastar la hipótesis planteada en este trabajo de investigación (**Tabla 12**), se comparó la frecuencia observada como esperada, de ambas, se encontró una baja diferencia, por lo cual la hipótesis planteada se acepta, corroborando que el nivel de conocimiento de los profesionales de salud de la Micro-Red Alto Selva Alegre, es inadecuado.

De los resultados obtenidos es este estudio, podrían surgir nuevas hipótesis, dado que esta investigación nos pone frente a una falla en el sistema de salud de una Micro Red de la ciudad de Arequipa, podríamos preguntarnos entonces, ¿Cómo es el nivel de conocimiento en otros establecimientos de salud de las Micro Redes en Arequipa?, ¿Hay una mejora en la detección de síntomas de depresión gestacional luego de una capacitación a los profesionales de la salud en el test de Edimburgo?, ¿Cuáles son los factores que están influyendo en bajo nivel de conocimiento de nuestros profesionales de salud?

La gestante es una población importante en el sector salud, su adecuado control desde el primer nivel de atención permitirá una adecuada salud física y mental de las siguientes generaciones.



CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

PRIMERA:

El nivel de conocimientos sobre síntomas de depresión gestacional basados en la Escala de Edimburgo del profesional de la salud de la Micro Red Alto Selva Alegre, es inadecuado, representando el 63.3% de la muestra en estudio.

SEGUNDA:

Se determinó que el perfil epidemiológico del profesional de la salud de la Micro Red Alto Selva Alegre tiene predominancia en ser una población entre 41-50 años, ser de sexo femenino, estar casados, ser contratos y tener un tiempo en el Establecimiento de Salud mayor a seis meses. Además los licenciados en enfermería, médico-cirujanos y obstetras representaron la mayor población de encuestados y en los C.S Alto Selva Alegre y C.S. Independencia, es donde se concentraron la mayor parte de profesionales.

TERCERA:

No se halló asociación entre el perfil epidemiológico y el nivel de conocimiento sobre síntomas de depresión gestacional basado en la Escala de Edimburgo.

CUARTA:

En cuanto al nivel de conocimiento de los médico cirujanos, se evidenció que más de la mitad (57.9%) tienen un conocimiento inadecuado, esto indicaría que de cada 10 médicos del primer nivel de atención, 6 no estarían identificando síntomas depresivos o diagnosticando depresión mayor en gestantes.

QUINTA:

Los síntomas más identificados por el profesional de la salud, son aquellos en los cuales el profesional pudo percibirlos fácilmente sin la necesidad de estructurar o profundizar en la entrevista a diferencia de los demás síntomas que sí requieren lo antes señalado.

RECOMENDACIONES:

PRIMERA:

Realizar capacitaciones por parte de los Gobiernos Regionales y/o Gobiernos Locales dirigidas a los profesionales que laboran en los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención pertenecientes a su jurisdicción, sobre todo al médico cirujano porque de él depende una detección precoz de patología psiquiátrica gestacional.

SEGUNDA:

Independientemente del perfil epidemiológico del profesional, el Ministerio de Salud, debe brindar un ambiente adecuado, el cual implica un mayor tiempo para el contacto con su paciente y un reenfoque de su visión como profesional de la salud.

TERCERA:

Los órganos competentes, sea el Ministerio de Salud, la GERESA, la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual Reproductiva o el Programa Presupuestal Materno Neonatal deberían formular e implementar protocolos de detección precoz de depresión en el embarazo e incorporarlos como parte del paquete de actividades que se brinda a través de la atención prenatal re-enfocada.

CUARTA:

Es necesario que las entidades formadoras (Universidades), las Prestadoras (Servicios de salud Públicos) y los Colegios Profesionales promuevan y fortalezcan las competencias en la detección temprana de los trastornos depresivos de la gestante en el primer nivel de atención.

QUINTO:

Los Jefes de las Micro Redes o Redes de Salud deben promover la realización de investigaciones en sus Establecimientos de Salud, esto contribuiría a tener un mejor manejo de información y a la toma adecuada de decisiones en su cartera administrativa.



BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Olivera LA, Villalobos AM, Jiménez LF. Nivel de conocimientos sobre depresión mayor en médicos de atención primaria en Lambayeque, Perú, 2014. Rev. Neuropsiquiatr. 2016; 79(1): p. 23-30.
2. Cordero V J. Conocimientos y actitudes de los médicos residentes de primer año frente a la depresión en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2016. Tesis Doctoral. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Departamento de Psiquiatría; 2016.
3. MINSA: Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. [Online].; 2013 [cited 2017 Febrero 15]. Available from: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_N_007.pdf.
4. Iribari Poicón A. MINSA. [Online].; 2011 [cited 2017 Febrero. Available from: <http://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>.
5. Luna Matos M, Salinas Piélago J, Luna Figueroa A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Revista Panamericana de Salud Pública. 2009; 26(4): p. 310-314.
6. Ceballos Martínez I, Sandoval Jurado L, Jaimes Mundo E, Medina Peralta G, Madera Gamboa J, Francisco Y, et al. Depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2010; 48(1): p. 71-74.
7. Delgado Quiñones E, López Trejo L, Mariscal Rivera C, Hernández Rivera L, Orozco Sandova IR. Prevalencia de depresión en embarazadas en primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista Médica MD. 2015; 6(4): p. 237-241.
8. Gomez R, Carlos; et al. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2007; 36(3): p. 439-450.
9. MINSA. MINSA_Archivos_Salud_mental. [Online]. Lima; 2007 [cited 2017 Febrero. Available from: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/03_plan_general_essm_y_cp.pdf.
10. Rojas M, Dembowski N, Borghero F, Gonzales M. Ministerio de Salud (MINSAL) - Chile. . [Online].; 2014 [cited 2017 Enero 1. Available from: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>.
11. Gentile S. Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in offspring. A systematic review. Neuroscience. 2015 Febrero 7; 342: p. 154-166.

- 12 Sadock B, Sadock V. Kaplan y Sadock Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica. Cuarta ed.
. Health WK, editor. España: Lippicott Williams and Wilkins; 2008.
- 13 Alberdi J, Taboada Ó, Castro C, Vázquez C. Depresión. Guías Clínicas. 2006; 6(11): p. 1-6.
.
- 14 Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2016 [cited 2017 Enero 1. Available from:
. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
- 15 García A, Gastelurrutia M. Universidad de Granada. [Online].; 2003 [cited 2017 Enero 2.
. Available from: http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es/index.php?option=com_remository&Itemid=62&func=fileinfo&id=18.
- 16 López J, Association AP, Valdés M. DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos
. mentales. Cuarta ed. Barcelona: Masson S.A; 2001.
- 17 Toro R, Yepes L, Palacio C. Fundamentos de Medicina - Psiquiatría. Quinta ed. Colombia:
. Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010.
- 18 Rotondo H, Perales A. Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo". Segunda ed. Perú: Poniente
. editorial; 1998.
- 19 Fortes J, Landa E, Alvites M, Pulido la Torre M, Benito A. Terapia electroconvulsiva ¿Cúando y
. cómo se aplica? FML. 2013; 17(31): p. 1-6.
- 20 Sumano M, Vargas J. Frecuencia de Depresión en Mujeres Embarazadas. E- Magazine
. Conductitlán. 2014 Abril - Octubre; 1(1): p. 33-47.
- 21 Dennis C, Ross L, Grigoriadis S. La Biblioteca Cochrane Plus. Oxford: Update Software Ltd.
. Disponible en. [Online].: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group; 2007 [cited 2017 Enero 2.
Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17636841>.
- 22 Chávez M, González I. Presencia de la depresión perinatal y la relación madre-infante.
. Estrategia metodológica para una mirada sociocultural. Diversitas - Perspectiva en Psicología.
2008; 4(1): p. 101-111.
- 23 Campagne D. Detectar la depresión antes, durante y después de la gestación con el perfil
. anímico del embarazo. Programa Obstetricia y Ginecología. 2004 Septiembre; 47(1): p. 27-35.
- 24 Jadresic M E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Revista Chilena de Neuropsiquiatría.
. 2010; 48(4): p. 269-278.
- 25 Alvarado R, Guajardo V, Rojas G, E J. Validación de la Escala de Edimburgo. Minsal Chile
. Archivos. 2012.

- 26 Cox J, Holden J. Perinatal Psychiatry: Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Scale.
. Psychosomatics-The Journal and Liaison Psychiatry. [Online].; 1994 [cited 2017 Enero 15].
Available from: [http://www.psychosomaticsjournal.com/article/S0033-3182\(01\)70485-9/abstract](http://www.psychosomaticsjournal.com/article/S0033-3182(01)70485-9/abstract).
- 27 J G. Sobrevivirán los Niveles de Atención a la Revolución de la Salud Publica Cubana. Revista
. Cubana Salud Pública. 2006; 32(1): p. 07-15.
- 28 Gavin N, Gaynes B, Lohr K, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a
. systematic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol. 2005; 106(1): p. 1071-1083.
- 29 Shear M. Anxiety disorders in women: Gender related modulation of neurobiology and
. behavior. Semin Reprod Endocrinol. 1997; 15: p. 69-76.
- 30 Triola MF. Estadística México: Editorial Pearson; 2004.
- 31 Hernández Sampieri R. Metodología de la Investigación México: McGRAW-HILL /
. Interamericana Editores, S.A.; 2014.
- 32 Hernández Sampieri R. Metodología de la Investigación México: McGRAW-HILL /
. Interamericana Editores, S.A.; 2010.
- 33 Kerlinger FN. Investigación del Comportamiento. Cuarta ed. México: McGRAW
. HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.; 2002.



ANEXOS



a) PROYECTO DE TESIS

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN
GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y PERFIL
EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD DE LA MICRO RED ALTO
SELVA ALEGRE, ENERO- FEBRERO 2017”**

Proyecto de investigación para
obtener el Título Profesional de
Médico Cirujano, presentado por:

Raysa Araceli Navarro Curo

**Arequipa - Perú
2017**

ÍNDICE

- i. PREÁMBULO.
- ii. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.
 - 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.
 - 2. MARCO CONCEPTUAL
 - 2.1. Depresión.
 - 2.2. Depresión en la etapa gestacional.
 - 2.3. Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo.
 - 2.4. Primer Nivel de atención.
 - 2.5. Contexto sociodemográfico.
 - 3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.
 - 3.1. A nivel local.
 - 3.2. A nivel nacional.
 - 3.3. A nivel internacional.
 - 4. OBJETIVOS.
 - 4.1. Objetivo general.
 - 4.2. Objetivos específicos.
 - 5. HIPÓTESIS.
 - 5.1. Hipótesis Nula.
- iii. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.
 - 1. TECNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.
 - 2. CAMPOS DE VERIFICACIÓN.
 - 2.1. Ubicación espacial.
 - 2.2. Ubicación temporal.
 - 2.3. Unidades de estudio.
 - 2.4. Criterios de Selección

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

- 3.1. Organización.
- 3.2. Recursos.
- 3.3. Validación de Instrumentos.
- 3.4. Criterios para el manejo de Resultados.

iv. CRONOGRAMA DE TRABAJO.



i. PREÁMBULO

Al cursar el último año de mis estudios universitarios, se me permitió conocer el amplio mundo de la psiquiatría, donde los conceptos teóricos aprendidos en cursos como psicopatología empezaron a convertirse en prácticas reales, así fue que el contacto directo con los pacientes psiquiátricos, su afección por algún evento ocurrido, el dolor manifestado por ellos, incluso el temor para la realización de ciertas actividades, me hicieron comprender que no es necesario padecer una alteración plenamente física para poder causar gran impacto en la salud integral del paciente, fue así que empecé a tomar mucho interés a esta rama de la medicina que motivó ser el campo de estudio de mi proyecto de investigación.

Dentro de la psiquiatría, opté por el tema de depresión, que es una de sus patologías más características y considerada actualmente como problema de salud pública; esta patología se extiende a la mayoría de etapas del desarrollo del ser humano, afectando a niños, jóvenes, adultos y adultos mayores; por ser muy común se han realizado diversas investigaciones en nuestra ciudad y en nuestro país con dichas poblaciones, pero son pocos los estudios sobre pacientes gestantes, lo cual debería importarnos, dado que son ellas, las que conforman una población objetivo en las estrategias sanitarias, como el “Programa Estratégico Salud Materno Neonatal”, que permite la detección de factores de riesgo materno-perinatales para la prevención de mortalidad materna y neonatal, que es objetivo primario en el sector salud.

La idea de trabajar con el profesional de la salud de los centros de primer nivel de atención, surgió porque éste es el que entra en un primer contacto con las pacientes gestantes en sus controles prenatales, y es necesario que sean minuciosos en la identificación oportuna de ciertas patologías, de ser así, no habría la necesidad de ver en nuestros hospitales pacientes con padecimientos graves que ponen en riesgo la vida de la madre y del nuevo ser; por lo tanto es necesario que el profesional de salud del primer nivel de atención, esté debidamente capacitado para ser instrumento de detección precoz de depresión en el embarazo.

ii. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre los síntomas de depresión gestacional basados en la escala de Edimburgo y cuál es el perfil epidemiológico del profesional de la salud de la Micro Red Alto Selva Alegre, en el periodo enero - febrero del 2017?

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Depresión

1.3. Operacionalización de Variables

- Perfil del trabajador:

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Edad	Según Encuesta (años)	< 30 años	Cuantitativa
		31- 40 años	
		41 – 50 años	
		>51 años	
Sexo	Según Encuesta (caracteres sexuales secundarios)	Masculino	Cualitativa
		Femenino	
Estado Civil	Según Encuesta	Casado	Cualitativa
		Soltero	
		Divorciado	
		Viudo	

Profesión	Según Encuesta	Médico Cirujano	Cualitativa
		Licenciada en Enfermería	
		Obstetra	
		Psicólogo	
		Nutricionista	
		Cirujano Dentista	
Tiempo de servicio	Según Encuesta	<6 meses	Cualitativa
		6 meses – 5 años	
		>5 años	
Condición Laboral	Según Encuesta	Nombrado	Cualitativa
		Contratado	

• **Nivel de conocimiento:**

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Identificación de síntomas	Cuestionario basado en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)	8-10 síntomas: Adecuada identificación	Cualitativa
		5-7 síntomas: Regular identificación	
		1-4 síntomas: Inadecuada Identificación	

1.4. Interrogantes básicas

- 1.4.1. ¿Cuál es el nivel de conocimientos de los síntomas de depresión gestacional basados en la escala de Edimburgo del profesional de la salud de la Micro Red Alto Selva Alegre?
- 1.4.2. ¿Cuál es el perfil epidemiológico del profesional de la salud de la Micro Red de Alto Selva Alegre?
- 1.4.3. ¿El perfil epidemiológico, influye en el nivel de conocimientos del profesional de la salud?

1.4.4. ¿Los médico-cirujanos de la Micro Red Alto Selva Alegre, tienen un mejor nivel de conocimientos?

1.4.5. ¿Cuáles son los síntomas más identificados por el profesional de salud de la Micro Red de Alto Selva Alegre?

1.5. Tipo, Nivel y Diseño de investigación:

1.5.1. Tipo de Investigación: Básica - Documental

1.5.2. Nivel de investigación: Descriptiva

1.5.3. Diseño de la investigación: No experimental, Transversal

1.6. Justificación del problema.

1.6.1 Justificación Personal:

Este proyecto de investigación estará destinado a determinar el nivel de conocimiento de síntomas de depresión gestacional, identificados por el profesional de la salud encargado de la atención a gestantes en los establecimientos de salud de la Micro Red Alto Selva Alegre - Arequipa.

Es importante recalcar que en el primer nivel de atención es donde se da el primer contacto con la paciente, es decir, la identificación oportuna de cualquier patología que recién pueda estar manifestándose.

En la actualidad, las diferentes investigaciones se dan en los establecimientos de salud más complejos, los hospitales, donde ya encontramos una clínica evidente y se opta por la administración de fármacos para su tratamiento, los cuales pudieron ser evitados, con una adecuada identificación precoz de la patología.

En este trabajo, visitaré los diferentes establecimientos de salud del primer nivel de atención y se entrevistará a la primera fuente de contacto con el paciente, el profesional de salud que entra en contacto en los controles prenatales de las pacientes gestantes.

1.6.2 Justificación Humana y Social:

Son las gestantes, quienes representan una población con alta relevancia para el sector salud, dado que están consideradas dentro de múltiples programas de vigilancia epidemiológica; entonces, representando una

población tan importante para nuestro país, es fundamental que el personal encargado de su atención sea un personal capacitado en reconocer cualquier tipo de alteración, sea somática o psicológica.

Una gestante con un temprano diagnóstico, ya sea fisiológico o emocional, será la clave para un tratamiento oportuno, en beneficio no sólo de ella, sino del nuevo ser. En psiquiatría está demás mencionar, que el diagnóstico precoz de diversas patologías, permite la aplicación de psicoterapias sin necesidad de llegar a la utilización de fármacos para su solución, dato importante para pacientes gestantes, donde un embarazo sano, dará un recién nacido sano. Esta investigación incluye como población de estudio indirecto a las gestantes y como población de estudio al profesional a cargo de su atención.

1.6.3 Justificación Científica:

Actualmente, en Perú y en nuestra localidad, no contamos con investigaciones sobre depresión en la etapa gestacional, muchos países vecinos, cuenta con estudios acerca de salud mental perinatal y sus diversas ramas; se habla en la actualidad de la importancia que tiene el estudio adecuado de las gestantes en todas las esferas de la salud, para evitar los riesgos procedentes de cualquier tipo de patología.

En el campo psiquiátrico, en especial en el contexto de la depresión, se puede actuar para prevenir las consecuencias de una depresión no tratada.

Este proyecto de investigación, permitiría dar un aporte a nivel local, de cómo se encuentran nuestros profesionales de salud antes los síntomas de depresión, en el caso de no ser satisfactorio el resultado, sería oportuno, aplicar una medida y protocolizar la detección de depresión gestacional en los establecimientos de primer nivel de atención, así como se realiza en países vecinos.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. DEPRESIÓN:

2.1.1. Concepto:

La depresión, es una patología ubicada dentro de los trastornos del estado de ánimo. “El estado de ánimo se define como el tono emocional generalizado que influye de manera profunda en la perspectiva personal y en la percepción de uno mismo, los demás y el ambiente” (12). Los trastornos del estado de ánimo en general, son considerados como la exageración anormal del ánimo, llevándolo a un estado de depresión o exaltación, que en corto y largo plazo afectan a la salud mental del individuo.

Nos referimos, entonces, a un conjunto de síntomas afectivos, tales como tristeza patológica, irritabilidad, decaimiento, sensación subjetiva de malestar y sensación de impotencia frente a ciertas circunstancias.

“Por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos - esfera de los sentimientos o emociones: tristeza, patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida -, aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático” (13).

2.1.2. Epidemiología:

Los trastornos de depresión en el 2001, ocupaban el cuarto lugar de morbilidad de todas las patologías, la Organización Mundial de la Salud, hizo una predicción, haciendo referencia que en el año 2020, la depresión, ocuparía el segundo lugar de todos los trastornos físicos y psíquicos, pero se vio que en el 2015, la depresión ocupaba ya el segundo lugar en morbilidad, antecedida por las enfermedades cardiovasculares.

Según la OMS (14), la depresión es un trastorno mental frecuente. Se calcula que afecta a 350 millones de personas en el mundo, además es considerada como principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad.

“Los estudios epidemiológicos en los Estados Unidos han dado ya sus primeros resultados; la depresión tiene una incidencia del 5-6% de la

población, con una prevalencia de 5-11% a lo largo de la vida. La probabilidad que se presente es dos veces mayor en mujeres que en hombres, siendo el pico habitual entre los 20-40 años” (15).

2.1.3. Clasificación.

Todos nosotros como seres humanos, según los eventos que nos rodean modificamos nuestro humor acorde a cada situación, a veces podemos tener el humor elevado, deprimido o tenerlo estable, es algo cotidiano y totalmente normal. Para que este cambio de humor no sea considerado patológico, debe ser sometido a control, en la medida que se pierda el control voluntario se convertirá en un trastorno patológico, haciendo que la persona sea consciente de los síntomas, pero no pueda controlarlos.

“La sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor” (16). Dentro de las alteraciones del estado de ánimo, tenemos al trastorno Depresivo Mayor y al Trastorno Bipolar. La DSM V, clasifica este grupo de patologías en: Episodios Afectivos, Trastornos Afectivos y el Curso de la Enfermedad del Episodio Afectivo Reciente.

2.1.3.1. Episodios Afectivos.

- Los episodios nos sirven para hacer el dx de los trastornos.
- Éstos comprenden, el Episodio Depresivo Mayor, el Episodio Maníaco, el Episodio Mixto y el Episodio Hipomaníaco.

2.1.3.2. Trastornos.

- Los trastornos son patologías con código, las cuales las diagnosticamos según criterios ya establecidos por la DSM-IV.
- Dentro de estos, tenemos: Trastorno depresivo Mayor, “se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión)” (16); Trastorno Distímico, “se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor” (16); Trastorno depresivo no

especificado, “se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria)” (16); Trastorno Bipolar tipo 1, “se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores” (16); Trastorno Bipolar tipo 2, “se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco” (16); Trastorno Ciclotímico, “se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor” (16); Trastorno Bipolar no especificado, “se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria)” (16); y el Trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica o inducido por una sustancia, “se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica, una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico” (16).

2.1.3.3. Curso de la Enfermedad del Episodio Afectivo Reciente.

- Aquí es donde nos demuestran la gravedad del cuadro.
- Ésta se comprende, Depresión leves, depresión moderada, depresión grave con síntomas psicóticos y depresión grave sin síntomas psicóticos.

2.1.4. Etiología.

2.1.4.1. Factores Fisiológicos:

En los cuales tenemos la participación de la monoaminas, que son neurotransmisores que tienen el grupo amino como característica esencial, aquí tenemos a las catecolaminas y dentro de ellas a la adrenalina, noradrenalina y dopamina; éstas tienen como precursor a la tirosina.

Se atribuyó mucho a estos neurotransmisores, gracias a que se realizaron dosajes en la orina, LCR y sangre de los metabolitos (3 hidroxí- 4 metoxi fenil glicol, de la noradrenalina y el ácido homovanílico, de la dopamina) los cuales se encontraban disminuidos.

Además, la buena respuesta de los fármacos, nos demostraban una relación íntima en la etiología de la depresión. “Los antidepresivos tricíclicos disminuyen la recaptación de las monoaminas y aumentan su disponibilidad en la hendidura sináptica. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) disminuyen la recaptación de ésta. Los inhibidores de la MAO aumentan los neurotransmisores al disminuir su degradación por dichas enzimas”⁶.

2.1.4.2. Factores Neuroendocrinos.

“Múltiples estudios demuestran anomalías en el eje hipotálamo pituitaria adrenal (HPA) en los trastornos depresivos” (17).

Hace muchos años se hablaba de la relación entre cortisol y depresión, donde el cortisol (de producción suprarrenal), pues se vio que un aumento de éste, estaba relacionado con depresión, lo cual fue probado con el test de la supresión de dexametazona, donde la respuesta normal, tras inyectar dexametazona, en el individuo, por un feedback negativo, sería que baje el cortisol, lo cual no ocurría en los pacientes deprimidos.

“Un hallazgo muy importante, y que persiste después de mejorar la depresión, es el de la disminución de la secreción de la hormona del crecimiento durante el sueño” (17).

2.1.4.3. Modelo Genético:

“El trastorno depresivo mayor es 1,5 a 3 veces más común en los familiares biológicos de primer grado de personas que sufren éste, que en la población general” (17). Al igual en los estudios tanto de gemelos y heredabilidad, se concluye que los porcentajes son más altos, que en personas sin antecedentes.

2.1.4.4. Modelo Psicológico:

No existe una personalidad predisponente a depresión como en las otras patologías, por lo cual cualquier persona puede desarrollar esta patología, siempre y cuando haya una suma de los factores antes mencionados.

2.1.4.5. Modelo Cognoscitivo:

El paciente depresivo, tiene pensamientos alterados, como la generalización, la arbitrariedad y abstracción selectiva, así, “para Beck, el problema psicológico básico de la depresión es un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo sería secundario a estos fenómenos cognoscitivos” (17).

2.1.5. Tratamiento

2.1.5.1. Tratamiento Farmacológico:

Hoy en día hay nuevos antidepresivos, y se busca, acortar el tiempo de latencia y obtener menos efectos secundarios.

Podemos clasificarlas:

- Inhibidores no específicos de la recaptación de las aminas: Conocidos como inhibidores tricíclicos y tetracíclicos; inhiben la recaptura de noradrenalina y serotonina. Entre ellos están la Amitriptilina, Imipramina, Maprotilina, etc., fueron uno de los primeros grupos, aún se usan por el bajo costo y por tener indicaciones precisas, pero cuentan con muchos efectos secundarios, entre ellos los más resaltantes visión borrosa,

mareos, boca seca, arritmias, impotencia sexual e hipotensión ortostática.

- Inhibidores de la Monoaminooxidasa: Tenemos dos monoaminooxidasas, la A (metaboliza la noradrenalina, serotonina, dopamina y la tiramina) y la B (metaboliza la feniletilamina, dopamina y la tiramina). Contábamos antes con dos tipos de inhibidores de la monoaminooxidasa, pero estos antidepresivos salieron del mercado, pues al inhibir la monoaminooxidasa del cerebro, lo hacían también con la del estómago y en éste, al no poder metabolizarse la tiramina, ocasionaba crisis hipertensivas o crisis tiramínicas.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: Inhiben la recaptura de serotonina, las más resaltantes son la fluoxetina, certralina, paroxetina y citalopram. Poseen las mismas indicaciones de los antidepresivos tricíclicos, pero sus efectos secundarios son menores.
- Inhibidores duales: inhiben la recaptación tanto de noradrenalina como de serotonina, no bloquean otros receptores, por consiguiente hay menos efectos secundarios, tenemos aquí la venlafaxina, mirtazapina, minalcipram.

2.1.5.2. Tratamiento Psicológico:

Es importante la aplicación de psicoterapias, cuando el paciente ya recibe tratamiento farmacológico y se encuentra más estable, ésta debe enfocarse en la resolución del episodio depresivo. “El clínico debe evaluar el grado de riesgo suicida y desarrollar una alianza terapéutica consistente, convirtiendo al paciente en un elemento activo en el plan de tratamiento” (18).

Dentro del tratamiento psicológico, contamos con la Terapia Cognitiva – Conductual, que gracias a varios estudios, está aprobada como herramienta complementaria al tratamiento de la depresión. “La terapia Cognitiva-Conductual está basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos. Para trabajar con los

sentimientos de la depresión, este modelo plantea la importancia de identificar cuáles son los pensamientos y acciones que influyen en el estado de ánimo para aprender a tener un mayor control sobre los sentimientos” (19).

2.1.5.3. Tratamiento Electro convulsivo:

Actualmente es una técnica segura, consiste en la aplicación de estimulación eléctrica, generando una crisis epiléptica generalizada obteniendo efectos sobre el sistema monoaminérgico, efectos neuroendocrinos y efectos neurotrópicos.

“La principal indicación del TEC es la depresión, particularmente en sus formas melancólicas o psicóticas, y es aquí donde más se ve la eficacia y la rapidez de acción del TEC” (19).

2.2. DEPRESIÓN GESTACIONAL.

Actualmente se han desarrollado en muchos países a nivel mundial escalas de detección precoz de depresión en el embarazo. Estos protocolos instaurados se deben fundamentalmente a la creciente tasa de depresión a nivel mundial, especialmente en la mujer y sobre todo al incremento de la consulta de puérperas semanas después de su alta.

2.2.1. Concepto:

Hablamos de depresión gestacional, al referirnos a una condición biopsicopatológica que afecta a la gestante durante el curso de su embarazo.

2.2.2. Epidemiología:

Gracias a la psiquiatra Gisela B. Oppenheim quien anunció la posibilidad de que pacientes gestantes puedan cursar con episodios depresivos, se abrió el campo investigativo, así en numerosos países empezaron los estudios de prevalencia de depresión en gestantes y puérperas.

Actualmente sabemos que el índice de pacientes con depresión, fue en aumento en las últimas décadas, sobretodo en el género femenino, conformados por una población de mujeres en etapa fértil. “Uno de los

hallazgos más consistentes de la epidemiología psiquiátrica es que las mujeres tienen un riesgo casi dos veces más alto que los hombres de sufrir trastornos depresivos y en particular las de los estratos socioeconómicos más bajos” (20).

“Un metanálisis reciente de 21 estudios indica que la tasa de prevalencia media para la depresión durante el período prenatal es del 10,7%, con una variación del 7,4% en el primer trimestre y hasta un 12,8% en el segundo trimestre” (21).

“Se menciona que un 10% de las mujeres en etapa perinatal presenta depresión y que entre el 10-20% de las mujeres en etapa post parto solicitan atención a partir del segundo o tercer mes” (22).

2.2.3. Diagnóstico:

El diagnóstico de depresión en las gestantes, al igual que el diagnóstico de depresión en cualquier adulto, es complejo. Generalmente “muchas mujeres no quieren reconocer sus síntomas y presentan manifestaciones somáticas. Problemas con el sueño, cefaleas, fatiga, alteraciones gastrointestinales o ansiedad son comunes” (23), por lo que el médico general o médico de familia, junto con el psiquiatra, deben ser muy cuidadosos con la identificación de los síntomas de depresión. Además se debe realizar pruebas complementarias que descarten patologías subyacentes que puedan estar generando confusión en el cuadro clínico, pero en general, “las características clínicas de la depresión mayor del embarazo son, en lo fundamental, similares a las observadas en los episodios depresivos que se presentan en otras épocas de la vida” (24) es por eso, que en varios países se han instalado protocolos de detección para hacer un tamizaje a las pacientes gestantes, mejorando así el pronóstico de éstas.

2.2.4. Tratamiento:

Tiene como objetivo, minimizar riesgos tanto para el nuevo ser como para la madre. Se cuenta con intervenciones Psicoterapéuticas y con Tratamiento Fracmacológico.

2.2.4.1. Intervenciones Psicoterapéuticas:

Es la primera herramienta usada para pacientes con depresión, leve a moderada, previa indicación de cambios en su estilo de vida y de alimentación.

“La terapia psicosocial, cognitiva o interpersonal reduce las probabilidades de recaída en poblaciones de mujeres con un historial de depresión mayor” (23).

2.2.4.2. Tratamiento Farmacológico:

Se usan los fármacos en depresiones moderadas a severas o en riesgos de recidivas. “La farmacoterapia está indicada en los casos donde está mermada la capacidad de cuidarse a sí misma en cuanto a nutrición o medicación, o donde existe una predisposición a la ansiedad grave, insomnio, toma de riesgos o pensamientos de suicidio” (23).

Se recomienda en general no usar fármacos en las gestantes, sobre todo en los primeros tres meses del embarazo, pero con una adecuada evaluación de riesgo y beneficio, de ser necesario el uso de fármacos, “se puede decir que los ISRS (salvo, tal vez, la paroxetina) son una buena opción terapéutica y suelen preferirse durante la gestación/posparto” (23).

2.2.5. CONSECUENCIAS DE NO TRATAR LA DEPRESIÓN:

“Se ha hipotetizado que los síntomas psicopatológico durante el embarazo pueden tener consecuencias fisiopatológicas, tales como hipertensión y preeclampsia” (25). Además “La depresión también se ha vinculado a mayor número de cesáreas y fórceps” (25), lo cual se corroboró con numerosos estudios.

Se ha evidenciado, que la depresión no diagnosticada a tiempo y sin tratamiento alguno en la gestación, se relaciona con mayor tasas de aborto espontáneo al inicio del embarazo, además afecta de manera directa a la madre ocasionando: hemorragias durante la gestación, sean estas en la primera y/o segunda mitad de embarazo, cambios fisiopatológicos, como aumento de la resistencia de arterias uterinas, consecuencias para el no

nacido, como: muerte fetal, Apgar bajo, ingreso de éste a una unidad de cuidado neonatal, retardo en el crecimiento neonatal, bajo peso del recién nacido, recién nacidos pequeños para la edad gestacional, partos prematuros y posteriormente altos niveles de cortisol en el recién nacido luego del parto.

2.3. ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO:

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, es un instrumento de detección precoz para síntomas de depresión en el embarazo y en el postparto.

Anteriormente, existía un gran número de escalas de detección de depresión, estudiadas y validadas para su aplicación, pero se determinó, que entre ellas “El Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) han sido recomendados para una evaluación inicial de los síntomas depresivos porque son los más ampliamente estudiados en la investigación de estos cuadros en la etapa perinatal” (25).

Actualmente, “El instrumento de tamizaje para depresión usado más comúnmente durante la gestación en todo el mundo es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS) (26)”.

“La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es una buena herramienta para el tamizaje de cuadros depresivos del posparto, fácil de aplicar, breve y cuyo uso se ha extendido en muchas partes” (25).

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo es considerada de fácil aplicación, fácil interpretación y de intervención oportuna si es aplicada en centros de primer nivel de atención.

“El mejor momento para aplicar la Escala de Depresión de Edimburgo en el embarazo es en el control de ingreso o en el segundo control de embarazo, repitiéndose su aplicación a las 4 a 6 semanas posteriores si el puntaje obtenido está entre los 10 y 12 puntos” (10).

Son 10 preguntas (Imagen1) en primera persona y dentro de su estructura, los ítems, no presentaron conflictos en cuanto a su interpretación, pero para su aplicación se requiere la presencia de un médico que supervise y aclare los enunciados de ésta.

*Imagen***

- | | |
|---|---|
| <p>1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
Tanto como siempre
No tanto ahora
Mucho menos
No, no he podido</p> | <p>6. Las cosas me oprimen o agobian
Sí, la mayor parte de las veces
Sí, a veces
No, casi nunca
No, nada</p> |
| <p>2. He mirado el futuro con placer
Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía hacer
Definitivamente menos
No, nada</p> | <p>7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
Sí, la mayoría de las veces
Sí, a veces
No muy a menudo
No, nada</p> |
| <p>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
Sí, la mayoría de las veces
Sí, algunas veces
No muy a menudo
No, nunca</p> | <p>8. Me he sentido triste y desgraciada
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada</p> |
| <p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
No, para nada
Casi nada
Sí, a veces
Sí, a menudo</p> | <p>9. He sido tan infeliz que he estado llorando
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Sólo en ocasiones
No, nunca</p> |
| <p>5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, nada</p> | <p>10. He pensado en hacerme daño a mí misma
Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca</p> |

2.4.PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

2.4.1. DEFINICIÓN:

“Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población” (27).

El primer nivel de atención, como su nombre lo dice, es la primera puerta abierta a la población, es decir el primer contacto del profesional de salud con el paciente, implicando en este nivel actividades como promoción de salud, prevención de riesgos, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

*** Escala de depresión Postnatal de Edimburgo, obtenido de la British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky.*

2.4.2. DETECCIÓN DE DEPRESIÓN GESTACIONAL EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

Actualmente se ha visto la utilidad de muchas escalas, tales como Inventario de depresión de Beck (BDI-II), Patient Health Questionnaire (PHQ-2), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Escala de depresión de embarazo (PDS); los cuales son útiles para detección de depresión, pero cabe resaltar dos escalas con mayor sensibilidad y especificidad combinada, los cuales son Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), los cuales han sido recomendados por lo mencionado anteriormente.

Cabe resaltar que la EPDS fue inicialmente usada para el diagnóstico de pacientes púrpuras con cuadros de depresión, pero se aplicó posteriormente a pacientes gestantes, dando un buen resultado, lo que generó su validación y aprobación como una herramienta de detección de depresión en los tres trimestres del embarazo, siendo conveniente su aplicación en el control de ingreso o en el segundo control de embarazo y aplicándose posteriormente si se obtuviera un puntaje positivo; es decir, esta herramienta sería aplicada en nuestra situación, en los primeros niveles de atención.

2.5.CONTEXTO DEMOGRÁFICO:

2.5.1. AREQUIPA:

Arequipa está ubicada en el sur occidental del Perú, con una longitud de 1071 kms y un litoral marítimo de 528 kms. Compuesta por 8 provincias y 109 distritos, de los cuales la provincia de Arequipa tiene mayor densidad poblacional.

2.5.2. MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE:

La micro red Alto Selva Alegre, se encuentra dentro de la Red de Salud Arequipa - Caylloma, y consta de 6 establecimientos de Salud: Centro de Salud de Alto Selva Alegre (nivel de complejidad I-3), Centro de Salud Apurímac (nivel de complejidad I-3), Puesto del Salud Héroes del Cenepa (nivel de complejidad I-2), Centro de Salud Independencia (nivel de complejidad I-3), Puesto de Salud Leones del Misti (nivel de complejidad I-2), y Puesto de Salud San Juan Bautista (nivel de complejidad I-2).

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. A NIVEL LOCAL:

3.1.1. Antecedente 1:

- **Autor:** Fiorella Casanova Medueño
- **Título:** “Factores psicosociales asociados a depresión en gestantes que acuden a control prenatal en el hospital Honorio Delgado según test de Zung”
- **Resumen:** El presente estudio está dirigido a determinar la frecuencia y los factores asociados a depresión en gestantes que acuden a su control prenatal en el hospital Regional Honorio Delgado durante el año 2008. La depresión es un problema frecuente en la población general, constituyendo un problema de salud pública. Se ha reportado prevalencias de depresión que van del 3 al 12% en población general. Conclusiones: La frecuencia de depresión según el test de Zung en las gestantes estudiadas fue un porcentaje elevado (79.12%). Se encontró un nivel de depresión predominante leve en las gestantes que acuden al control prenatal en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Los factores psicosociales más frecuentes que se asocian significativamente a la depresión en este grupo de mujeres fueron: embarazo no planificado, una pareja sin trabajo estable y el antecedente previo a depresión.
- **Cita en Vancouver:** Casanova Medueño F. Factores psicosociales asociados a depresión en gestantes que acuden a control prenatal en el hospital Honorio Delgado según test de Zung. [Título de Médico Cirujano]. Universidad Católica de Santa María - Facultad de Medicina Humana; 2008.

3.2. A NIVEL NACIONAL

3.2.1. Antecedente 1:

- **Autor:** Matilde Lena Luna Matos, Joel Salinas Piélagos y Antonio Luna Figueroa
- **Título:** “Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú”
- **Resumen:** Objetivos. Determinar la prevalencia de depresión mayor durante el embarazo y establecer las características sociodemográficas y obstétricas

de las mujeres embarazadas con depresión mayor atendidas en la consulta externa de un hospital de Lima, Perú. Métodos. Estudio descriptivo transversal de asociación simple. Se analizaron 222 gestantes de 16 a 42 años con bajo riesgo obstétrico que acudieron a la consulta externa del Departamento de Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú, entre el 2 de junio y el 28 de noviembre de 2006. A cada embarazada se le aplicó la escala de depresión de Edimburgo y un cuestionario sobre datos sociodemográficos y obstétricos. Se determinó la relación entre las variables de estudio según la presencia de depresión mayor mediante las pruebas de la χ^2 y de la Z, según el tipo de variable. Resultados: De las 222 gestantes estudiadas, 89 (40,1%) presentaron depresión mayor. Las mujeres casadas tendían a deprimirse menos; las que no planificaron su embarazo y que presentaron complicaciones durante su gestación tendieron a deprimirse más que sus pares. No se encontró que la edad, el número de hijos, la edad gestacional, el nivel educacional, los antecedentes de aborto, el consumo de alcohol u otras sustancias, la falta de apoyo familiar y la percepción de tener problemas de pareja, familiares, económicos o personales influyeran en la frecuencia de depresión. Conclusiones: La prevalencia de depresión mayor en las gestantes estudiadas fue muy elevada. Se debe prestar especial atención a las mujeres que manifiestan tener un embarazo no planificado y las que sufren complicaciones durante su embarazo, a fin de llegar a diagnósticos tempranos y aplicar tratamientos oportunos.

- **Cita en Vancouver:** Luna Matos ML, Salinas Piélagos J, Luna Figueroa A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Rev Panam Salud Pública. 2009; 26(4):310-314.

3.2.2. Antecedente 2:

- **Autor:** Wilder Alexander Leonardo Olivera, María Alejandra Villalobos Aguinaga, Franco Ernesto León Jiménez
- **Título:** NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DEPRESIÓN MAYOR EN MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LAMBAYEQUE, PERÚ, 2014.

- **Resumen:** Objetivos: Evaluar los conocimientos sobre diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo mayor en médicos de atención primaria de la provincia de Chiclayo y determinar su asociación con características sociodemográficas. Material y métodos: Estudio descriptivo transversal con análisis exploratorio de datos. Se realizó un muestreo tipo censal. Se evaluaron a 111 médicos de atención primaria, mediante un instrumento validado, unidimensional, basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno depresivo mayor. El análisis univariado y bivariado se realizó con el programa estadístico STATA v. 11.1. Resultados: El nivel de conocimientos fue medio en 18 (16,2%) médicos de atención primaria; y bajo, en 93 (83,8%). Ninguno tuvo un nivel de conocimientos alto. Solo 23 (20,7%) recibieron actualización en salud mental en los últimos 4 años. No se encontró asociación entre el nivel de conocimientos y las variables sociodemográficas. Conclusiones: El nivel de conocimientos en depresión mayor de los médicos de atención primaria de la provincia de Chiclayo fue deficiente. Este hallazgo, sin embargo, no parece estar asociado con las características sociodemográficas de la muestra utilizada.
- **Cita en Vancouver:** Leonardo Olivera A, Villalobos Aguinaga M, León Jiménez F. Nivel de conocimientos sobre depresión mayor en médicos de atención primaria en Lambayeque, Perú, 2014. Rev. Neuropsiquiatr. 2016; 79(1):23-30

3.3. A NIVEL INTERNACIONAL

3.3.1. Antecedente 1:

- **Autor:** DR. ENRIQUE JADRESIC M.
- **Título:** DEPRESIÓN PERINATAL: DETECCIÓN Y TRATAMIENTO
- **Resumen:** El estrecho contacto que los profesionales de la gineco-obstetricia mantienen con las embarazadas/puérperas, proporciona una oportunidad única para diagnosticar y tratar precozmente la depresión perinatal. El trastorno puede ocasionar consecuencias negativas a la madre, el entorno familiar y, en especial, a la descendencia en la etapa de feto/lactante o, incluso, en épocas más tardías de la vida. En Chile se ha validado la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo para la detección de probables casos,

tanto en el embarazo como en el postparto. Su aceptabilidad entre las mujeres es alta. En la actualidad se dispone de diversos tratamientos. En la evaluación de los riesgos asociados a ellos, se debe tener presente que, abstenerse de indicar un antidepresivo a una embarazada deprimida, o con alto riesgo de presentar una recidiva, puede generar un riesgo mayor en la mujer y el feto que el riesgo por la exposición al fármaco.

- **Cita en Vancouver:** Enrique Jadresic M. Depresión Perinatal: Detección y Tratamiento. Rev. Med. Clin. Condes 2014; 25(6) 1019-1028.

3.3.2. Antecedente 2:

- **Autor:** Mónica Riveros Vargas, Adriana Bohórquez Peñaranda, Carlos Gómez-Restrepo, Mayumi Okuda Benavides.
- **Título:** CONOCIMIENTOS SOBRE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES QUE ASISTEN A CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN BOGOTÁ, COLOMBIA.
- **Resumen:** Objetivos: evaluar el conocimiento sobre depresión en pacientes atendidos en el primer nivel de atención en Bogotá. Materiales y métodos: estudio descriptivo de corte transversal. Se recogieron dos muestras de personas que asistían a consulta, antes de una intervención educativa aplicada a los profesionales de la salud: 1.642 (grupo A), y después de ésta: 1.839 (grupo B). Se encontró que el 76,5% de los pacientes del grupo A y el 85,3% de los pacientes del grupo B habían escuchado el término depresión. A estas personas se les aplicó una encuesta que evaluó el conocimiento sobre depresión. El instrumento fue diseñado y validado en el estudio piloto. Resultados: la depresión fue considerada un problema común en el 71,3% del grupo A y el 75% del grupo B. La mayoría de los pacientes consideró curable la depresión, en el grupo A (70,8%) y grupo B (72,5%). Alrededor de la mitad de los pacientes de ambos grupos consideró la depresión una enfermedad mental que necesita tratamiento médico y la mayoría de pacientes deprimidos como no suicidas. En el grupo A, el 44,7% y en el grupo B el 51,8% de los pacientes consideraba a los medicamentos antidepresivos como adictivos. El reconocimiento de síntomas típicos fue insuficiente en 50,1% del grupo A y 59,7% del grupo B. De igual forma, se encontró un estigma alto para el diagnóstico de la enfermedad en 57,5% de los pacientes del grupo A y en

42,5% de los del grupo B. Conclusión: existe un conocimiento limitado sobre la depresión en los pacientes de primer nivel, la estigmatización de la enfermedad es alta y la deficiencia en el conocimiento puede llevar a una disminución en el diagnóstico de la enfermedad.

- **Cita en Vancouver:** Riveros Vargas M, Bohórquez Peñaranda A, Gómez-Restrepo C, Okuda Benavides M. Conocimientos sobre la depresión en pacientes que asisten a centros de atención primaria en Bogotá, Colombia. Rev. Col. Psiquiatría 2006; 35(1):9-22.

3.3.3. Antecedente 2:

- **Autor:** Delgado-Quiñones EG, López-Trejo LA, Mariscal-Rivera CE, Hernández-Rivera LN, Orozco-Sandoval R.
- **Título:** PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EMBARAZADAS EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 171 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
- **Resumen:** Introducción La depresión es una condición frecuente en el embarazo. El médico familiar juega un papel muy importante llevando el control prenatal, en donde debe realizar acciones para identificar entre otras patologías la depresión oportunamente, ya que sin tratamiento es factor de riesgo para depresión posparto en el 50 a 65% de los casos. Por esta razón nuestro objetivo es identificar la prevalencia de depresión en pacientes embarazadas en primer nivel de atención de la Unidad Médico Familiar 171. Material y métodos Se realizó un estudio transversal, descriptivo con pacientes embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de cualquier edad, con una muestra de 103 embarazadas, a las que se les aplicó un cuestionario sociodemográfico y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo. Con el programa SSPS Windows versión 19 se realizó el análisis estadístico 2 utilizando media, moda, frecuencias y X para diferencia de proporciones. Resultados El 76.77% (n=29) de las pacientes no presentaron síntomas sugestivos de depresión, el 23.3% (n=24) de las pacientes sí los presentaron. A la semana 28 de gestación se registraron 10 pacientes con datos 2 sugerentes de depresión. χ^2 para la diferencia de proporciones entre la depresión y edad gestacional p=0.233.

Discusión Se identificó la depresión durante el embarazo como un problema presente en las embarazadas de Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social con una prevalencia de 23.3%. En este estudio no hubo diferencias estadísticamente significativas entre la depresión y la edad gestacional.

- **Cita en Vancouver:** Delgado-Quiñones EG, López-Trejo LA, Mariscal-Rivera CE, Hernández-Rivera LN, Orozco-Sandoval R. Prevalencia de depresión en embarazadas en primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2015; 6(4):237-241.

4. OBJETIVOS.

4.1. General:

- Determinar el nivel de conocimientos sobre síntomas de depresión gestacional basados en la escala de Edimburgo, del profesional de la salud de la Micro Red Alto Selva Alegre.

4.2. Específicos:

- 4.2.1. Identificar el perfil epidemiológico del profesional de la salud de la Micro Red de Alto Selva Alegre.
- 4.2.2. Evidenciar la relación entre el perfil epidemiológico y el nivel de conocimientos.
- 4.2.3. Evidenciar cuál es el nivel de conocimiento de los médicos de la Micro Red Alto Selva Alegre.
- 4.2.4. Determinar los síntomas más identificados por el profesional de salud de la Micro Red de Alto Selva Alegre.

5. HIPÓTESIS.

5.1. Nula:

El nivel de conocimientos sobre síntomas de depresión gestacional basada en la escala de Edimburgo por parte de profesional de salud de la Micro Red de Alto Selva Alegre, es inadecuada.

iii. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 Técnicas:

Aplicación de una ficha de recolección de datos, donde el participante marcará con una “x” según la información mencionada en dicha ficha, además se aplicará un cuestionario adaptado según la Escala de Depresión Postnatal De Edimburgo (EPDS), que consta de 10 premisas, las cuales presentan 2 alternativas “ sí ” y “ no ”, las cuales deben ser marcadas según se indique.

1.2. Instrumentos:

Cédula de Entrevista.

1.3. Materiales de Verificación:

Encuestas, lapiceros, laptop, programa de Microsoft Excel 2010 para recolección de datos y programa de SPSS Statistics.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial:

El estudio se realizará en los seis establecimientos de salud pertenecientes a de la Micro Red de Alto Selva Alegre (C.S. de Alto Selva Alegre, C.S. Apurímac, P.S. Héroes del Cenepa, C.S. Independencia, P.S. Leones del Misti, P.S. San Juan Bautista).

2.2. Ubicación temporal:

El estudio se realizará en los meses de Enero - Febrero del año 2017.

2.3. Unidades de estudio:

Las unidades de estudio serán los Profesionales de salud de los diferentes Establecimientos de la Micro Red Alto Selva Alegre.

2.3.1. Población: 92 profesionales de salud que se encuentren laborando en los establecimientos de salud de la Micro Red Alto Selva Alegre.

2.3.2. Muestra: Se trabajará con una población finita, por lo cual la técnica muestral será no probabilística intencional, debido a que la población es alcanzable.

2.4. Criterios de Selección:

2.4.1. Criterios de Inclusión:

- 2.4.1.1. Profesionales de la salud encargados de la atención directa a pacientes gestantes que acudan a sus controles prenatales.
- 2.4.1.2. Profesionales de la salud que pertenecen a los establecimientos de salud de la Micro Red de Alto Selva Alegre.
- 2.4.1.3. Profesionales de la salud que aceptaron la participación en la investigación, firmando el consentimiento informado.
- 2.4.1.4. Profesionales de la salud que se encuentren laborando en los meses de Enero-Febrero del 2017.

2.4.3. Criterios de exclusión:

- 2.4.3.1. Profesionales de salud que estén de vacaciones durante la realización de las encuestas.
- 2.4.3.2. Profesionales de salud que estén con licencia (goce de haberes, lactancia materna o descanso médico) durante la realización de las encuestas.
- 2.4.3.3. Profesionales de la salud en calidad de Médicos Destacados que realicen especialidad fuera del establecimiento de salud.
- 2.4.3.4. Profesionales de salud que rechacen la participación en el estudio.
- 2.4.3.5. Profesionales de la salud que se encuentren cubriendo turnos y no pertenezcan a la Micro Red de Alto Selva Alegre.
- 2.4.3.6. Profesionales de la salud, en calidad de internos.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Este proyecto de investigación, se realizará presentando una solicitud al Director de la Micro Red Alto Selva Alegre, solicitando permiso para la

realización de la investigación en los diferentes establecimientos de la Micro Red.

Posteriormente me dirigiré a cada establecimiento de salud de la Micro Red Alto Selva Alegre, para presentarme y dar a conocer a los jefes encargados de cada Establecimiento de Salud, sobre el proyecto de investigación y entregar el memorándum junto con una copia de la solicitud firmada por el Director de la Micro Red Ato Selva Alegre.

En una visita posterior, empezaré con el desarrollo de las encuestas de forma ordenada por cada Establecimiento de Salud, donde me presentaré y dará una breve información al profesional de salud participante, para poder entregar la respectiva cédula de entrevista.

Una vez finalizado el trabajo, acorde con el cronograma establecido, me encargaré de recopilar toda la información en una base de datos de Microsoft Excel 2010, ordenándola para su posterior análisis en el programa SPSS Statistic.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos:

CARGOS	PERSONAL
Investigador	Raysa Araceli Navarro Curo
Asesor	Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez

3.2.2. Institucionales:

- Centro de Salud de Alto Selva Alegre
- Biblioteca de la Universidad Católica de Santa María.

3.2.3. Materiales:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN
700	Hojas bond, A-4
20	Lapiceros, tinta azul
5	Folder, para adjuntar encuestas, permisos, consentimiento informado y otros
450	Impresiones

3.2.4. Financiamiento: Autofinanciado

3.3. Validación de los Instrumentos:

- Primer Instrumento: Ficha de recolección de datos, la cual no requiere validación.
- Cuestionario adaptado según la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS): En este estudio se utilizará como modelo la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, escala que inicialmente fue creada para la detección de depresión en el post parto, actualmente es ampliamente usada para la detección de depresión en el embarazo, luego de su validación por J. L. COX, J. M. HOLDEN y R. SAGOVSKY en el artículo “Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale.” Y corroborada por múltiples estudios para ser considerada una de las mejores herramientas de detección de depresión en etapas tempranas del embarazo. Se realizó una acotación de “identificación” de los ítems de esta escala para poder ser usada con el profesional de salud del primer nivel de atención y poder ser calificada para determinar su nivel de conocimiento.

3.4. Criterios para manejo de resultados

3.4.1. A nivel de recolección:

Las cédulas de encuesta estarán correctamente enumeradas y divididas para su fácil manipulación, al acudir a cada establecimiento de salud, se sacará la encuesta respectiva, junto al consentimiento informado, una vez llenados ambos, serán guardadas en los sobres respectivos de recolección.

Cuando se recolecte las encuestas de los 6 establecimientos de salud, se procederá al análisis de las mismas.

Se utilizará la estadística descriptiva entre ellas: frecuencia, porcentaje, media aritmética y desviación estándar para el análisis de los datos.

Los datos serán procesados y analizados mediante el programa software de análisis estadístico SPSS para realizar el proceso analítico.

3.4.2. A nivel de sistematización:

Para el procesamiento de datos, se diseñará un cuadro de almacenamiento de datos para trabajar con las variables de estudio en Microsoft Excel 2010. Los resultados son analizados en el paquete estadístico SPSS, en su versión 22, idioma español. Este paquete analizo los datos mediante tablas de frecuencia (frecuencia absoluta y relativa en porcentaje), gráficos de sector circular y barras, esto comparte de la estadística descriptiva y en la inferencial mediante tablas de cruzadas o de contingencia.

3.4.3. A nivel de estudio de Datos:

Para determinar la relación del perfil del trabajador en salud, se realizará mediante la estadística inferencial, siendo aplicado el Chi cuadrado de Pearson, y con especificidad en el caso de la prueba de hipótesis general, se realizará mediante el Chi cuadrado de Bondad de Ajuste, el mismo que determinar si las frecuencias esperadas en la investigación son similares con los resultados observados. En este análisis inferencial se utilizó como nivel de significancia o margen de error el 5%, y su complemento denominado nivel de confianza con el 95%, donde la hipótesis del investigador se acepta si los valores de la probabilidad de error denominado P-Valor o significancia asintótica son menores al 5% ($P\text{-Valor} < 5\%$).

iv. CRONOGRAMA DE TRABAJO

	DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración de Consentimiento informado.												
Elaboración de Solicitud para permisos en institución.												
Elaboración del instrumento de recolección de datos y del cuestionario adaptado según EPDS.												
Presentación y Coordinación con el Jefe de la Micro Red de ASA.												
Presentación en los diferentes establecimientos de Salud.												
Inicio de la entrega de encuestas al personal participante del estudio.												
Procesamiento de datos												
Culminación de Trabajo												

b) **SOLICITUD DE PERMISO DIRIGIDO A DIRECTOR DE LA MICRO RED
ALTO SELVA ALEGRE:**

**SOLICITO: PERMISO PARA REALIZAR
ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.**

**DIRECTOR DE LA MICRO RED DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE
Doctor: Dr. Woodward Paja Callo**

Yo Raysa Araceli Navarro Curo, identificada con el DNI N° 46820889, con domicilio en Complejo Habitacional Flora Tristán Bloque B, Departamento 301, del distrito de Cercado – Arequipa. Ante usted respetuosamente me presento y expongo lo siguiente:

Que, habiendo culminado la carrera profesional de Medicina Humana en la Universidad Católica de Santa María y haber concluido el internado en el Hospital III-Goyeneche, solicito a Ud., permiso para realizar el estudio de investigación en el Centro de Salud que usted dirige, sobre **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD DE LA MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO- FEBRERO 2017”** para optar el grado de Médico Cirujano. Es importante señalar que esta actividad no conlleva ningún gasto para la institución y que se tomarán los resguardos necesarios para no interferir con el normal funcionamiento de las actividades propias de los profesionales que serán encuestados anónimamente.

POR LO EXPUESTO

Pido a usted acceder a mi solicitud.

Arequipa 20 de Enero del 2017.

.....

Raysa Araceli Navarro Curo

DNI: 46820889

c) **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación es conducida por Raysa Araceli Navarro Curo, de la Universidad Católica de Santa María. La meta de este estudio es **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD DE LA MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO- FEBRERO 2017”**

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y marcar un cuestionario. **Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.**

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Gracias

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Raysa Araceli Navarro Curo. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es “NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN GESTACIONAL BASADOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD DE LA MICRO RED ALTO SELVA ALEGRE, ENERO- FEBRERO 2017”

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Raysa Navarro al teléfono 957979508.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la persona encargada del estudio, al teléfono anteriormente mencionado.

.....

Nombre del Participante

.....

Firma del Participante

Fecha

**d) INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y CUESTIONARIO
ADAPTADO SEGÚN ESCALA DE EDIMBURGO.**

Fecha:...../...../.....

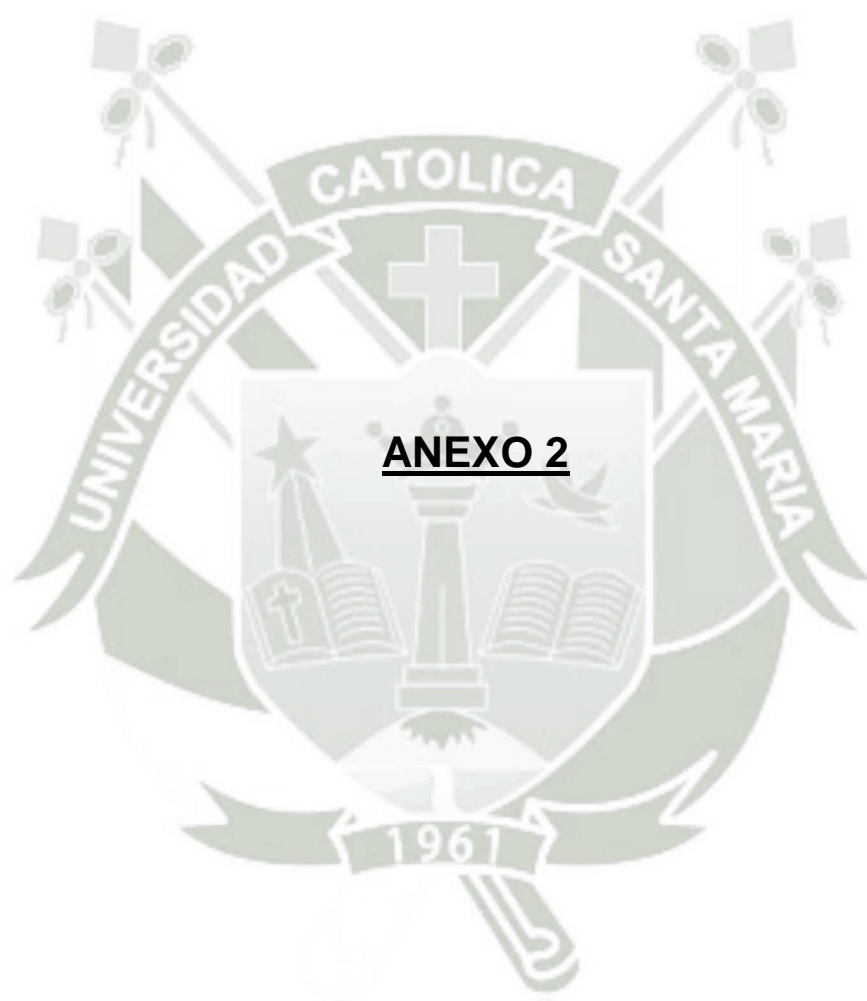
Marque con un “X” en el recuadro indicado, según el enunciado acorde a su información personal:

PARÁMETROS	UNIDAD	MARCA
EDAD	< 30 años	
	31- 40 años	
	41- 50 años	
	> 51 años	
SEXO	Masculino	
	Femenino	
ESTADO CIVIL	Soltero	
	Casado	
	Divorciado	
	Viudo	
PROFESIÓN	Médico Cirujano	
	Licenciada en Enfermería	
	Obstetra	
	Licenciado en Psicólogo	
	Licenciado en Nutrición	
	Cirujano Dentista	
TIEMPO DE SERVICIO	< 6 meses	
	6 meses	
	> 6 meses	
CONDICIÓN LABORAL	Nombrado	
	Contratado	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE PERTENECE EN EL DISTRITO DE ALTO SELVA ALEGRE	Centro de Salud de Alto Selva Alegre	
	Centro de Salud Apurímac	
	Puesto del Salud Héroes del Cenepa	
	Centro de Salud Independencia	
	Puesto de Salud Leones del Misti	
	Puesto de Salud San Juan Bautista	

Marque con una “X” según la siguiente premisa:

Como profesional de salud, **durante mi contacto con la gestante en sus controles prenatales**, he podido identificar:

PREMISA	SÍ	NO
✓ Puedo identificar que la gestante <i>es capaz de reírse y ver el lado bueno de las cosas.</i>		
✓ Puedo identificar que la gestante <i>manifiesta disfrutar mirar hacia el futuro por su embarazo.</i>		
✓ Puedo identificar que la gestante <i>se culpa a sí misma, cuando las cosas salen mal innecesariamente.</i>		
✓ Puedo identificar que la gestante <i>se pone nerviosa e inquieta sin tener motivo importante.</i>		
✓ Puedo identificar que la gestante <i>siente miedo o está asustada sin tener motivo.</i>		
✓ Puedo identificar que la gestante <i>manifiesta no poder enfrentar bien los problemas y estos le sobrepasan.</i>		
✓ Puedo identificar que la gestante <i>manifiesta sentirse tan infeliz y tiene dificultad para dormir.</i>		
✓ Puedo identificar que la gestante <i>se siente triste o infeliz.</i>		
✓ Puedo identificar que la gestante <i>se siente triste o infeliz y llora.</i>		
✓ Puedo identificar que la gestante <i>manifiesta la idea de hacerse daño a sí misma.</i>		



97